  

COMUNE DI RIPARBELLA

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare per l’attuazione degli interventi finanziati sull’avviso “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell’emergenza covid 19” Progetto S.I.N.E.R.G.I.E POR FSE 2014-2020**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

sottoscritt nat a

l

provincia di il c.f.

residente nel Comune di in via

n. C.A.P.

con recapito telefonico

, e-mail:

facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

Cognome

Nome

Codice Fiscale:

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

# CHIEDE

di partecipare alla assegnazione dei contributi alimentari per l’attuazione degli interventi finanziati sull’avviso “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell’emergenza covid 19”Progetto S.I.N.E.R.G.I.E POR FSE 2014-2020,per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

# DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

la propria condizione di disagio conseguente all’attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione del contributo) barrando una delle seguenti caselle:

**a)** ISEE inferiore a € 20.000 (specificare il valore ISEE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

i.) persone/nuclei familiari con sensibile riduzione del reddito complessivo a causa della diminuzione dell'orario di lavoro e/o della chiusura della propria attività per le misure di contenimento della diffusione del Covid-19;

ii.) persone/nuclei familiari con componenti in cassa integrazione la cui liquidazione è differita nel tempo generando causa di mancata liquidità;

iii.) persone/nuclei familiari che in seguito all’emergenza Covid-19 non percepiscono alcuna entrata economica;

iv.) nuclei familiari che hanno subìto un decesso di un componente per causa Covid-19 che ha causato forte difficoltà al nucleo familiare;

**b.)** ISEE inferiore a € 6.000 (specificare il valore ISEE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento