**Al Sig. Sindaco del Comune di  
SCALETTA ZANCLEA**

Oggetto:  **Autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 46 D.P.R. 445/2000-** BUONI SPESA (D.L. 154/2020 Decreto Ristori Ter)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art- 495 c.p.)

* **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**
* Che il proprio nucleo familiare è composto da n.\_\_\_\_persone di cui minori n.\_\_\_\_\_\_ (età 0-3anni; 4-9 anni; 10-13 anni; 14-17 anni);
* Che nel proprio nucleo familiare sono/non sono presenti soggetti con disabilità;
* di essere un nucleo esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus COVID 19 :

1. avere perso il lavoro;
2. non beneficiare di misure di sostegno alternative;
3. essere titolari di esercizi commerciali con attività sospesa o ridotta ;

* di non essere già destinatari di misure di sostegno pubblico (Es: reddito di cittadinanza, o altra misura di sostegno pubblico o se percettori in quale misura € ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di non essere titolare di trattamento pensionistico o se titolare in quale misura €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara altresì, di essere a conoscenza che l’Amministrazione Comunale si riserverà di effettuare la verifica delle predette dichiarazioni e di procedere, in caso di riscontro di dichiarazioni mendaci, al relativo deferimento all’Autorità giudiziaria.

SI allega copia di documento d’identità

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

Firma del dichiarante

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