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

**Oggetto: Domanda buoni spesa (D.M. 24 giugno 2021)- Autodichiarazione ai**

**sensi degli artt. 46 e 46 D.P.R. 445/2000-**

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

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

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

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

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

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

**CHIEDE**

di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza dei beni di prima necessità (alimenti, prodotti per l’igiene personale e domestica, prodotti farmaceutici) ai sensi del D.M. 24 giugno 2021 di cui all’art. 53 del D.L. 73/2021, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tal fine, 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 si trova in una situazione di disagio economico in quanto nessuno dei componenti percepisce attualmente alcun reddito o altri sussidi pubblici e di non avere a disposizione risparmi sufficienti per far fronte alle esigenze essenziali**;**

oppure

* che nel proprio nucleo familiare vengono percepiti i seguenti sussidi (es. Reddito di cittadinanza, , Naspi, Cassa integrazione, etc.), di importo complessivo mensile (**specificare tipologia e importo**)

…………………………………………………………………………………………………………..

* Che i componenti del proprio nucleo familiare sono i seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che nel proprio nucleo familiare sono presenti soggetti con disabilità n….;
* Che nel proprio nucleo familiari sono presenti minori n……. ;
* di non essere titolare di trattamento pensionistico o se titolare in quale misura €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di possedere un reddito complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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