

Da compilare in ogni sua parte

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA
di contributi per generi alimentari e beni di prima necessità, per il pagamento del
canone di locazione e per il pagamento delle utenze domestiche, ai sensi del
Decreto Legge 25 maggio 2021 n° 73.**

Il/La Sottoscritto/a: (cognome).....(nome).....
Nato a Prov..... il.....
Residente in via/p.zza..... n.....
Comune di..... Prov..... CAP.....
Recapito telefonico.....
Codice Fiscale.....

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2020 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, per il pagamento del canone di locazione e per il pagamento delle utenze domestiche, ai sensi del DL 25 maggio 2021 n°73 per se stesso e per il proprio nucleo familiare come di seguito indicato:

- Contributo alimentare e beni di prima necessità
- Contributo per il pagamento del canone di locazione
- Contributo per il pagamento delle utenze domestiche (TARI, scuolabus, buoni mensa etc.)
- Contributo per il pagamento di visite mediche e/o spese sanitarie

A tal fine:

Il sottoscritto, **DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA:**

La propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo):

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="radio"/> Disoccupato | si | no |
| <input type="radio"/> Inoccupato | si | no |
| <input type="radio"/> Percettore di NASPI | si | no |
| <input type="radio"/> In mobilità | si | no |
| <input type="radio"/> Lavoratore autonomo | si | no |
| <input type="radio"/> Lavoratore dipendente | si | no |
| <input type="radio"/> Pensionato | si | no |
- ☐ **Di non percepire** (nel proprio nucleo familiare) **alcun altro sussidio** di provenienza statale, regionale e/o comunale (reddito di inclusione, reddito di cittadinanza, pronto intervento sociale)
 - ☐ **Di beneficiare del seguente sussidio** (indicare la tipologia e l'importo mensile):
-

Al fine della richiesta del beneficio, dichiaro inoltre:

- Che la mia condizione mi porta ad avere la necessità del supporto sociale;
- Che verso in condizioni di grave difficoltà socio-economica e familiare;
- Di essere cittadino italiano o comunitario o suo familiare titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE lungo periodo;
- Di essere residente nel Comune di SERRAMONACESCA;
- Di eventualmente godere di protezione internazionale
- Che percepisco / non percepisco assegno di accompagnamento: Sì...../NO.....;
- Che percepisco / non percepisco assegno per l'invalidità civile: Sì...../NO.....;
- Che sostengo una spesa mensile di €.....per il canone di locazione;
- Che il reddito del mio nucleo familiare convivente, certificato ai fine ISEE è il seguente €.10.000,00 (**allegare attestazione ISEE valido**);
- Di utilizzare il beneficio eventuale concesso esclusivamente per le finalità di agevolazioni previste dal servizio sociale comunale;
- Di informare immediatamente Il Servizio Sociale del Comune di Serramonacesca nel caso di variazioni significative della propria situazione di vita e/o rispetto alla mia condizione di disagio sociale;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle

Firma