**All.2**

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE E DOMANDA**

**PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

Al Comune di Jelsi

Il /la sottoscritto/a ..................................................................................................................................

nato/a............................................................................................... il ...................................................

residente in Jelsi alla via/p.zza/l.go/c.da.............................................................................., n. ……

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall’art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia.

**DICHIARA**

DI ESSERE nelle seguenti condizioni **(marcare – sul pallino - quella/e che interessa/no)**:

* titolare di nucleo familiare non assegnatari di alcun sostegno pubblico (RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme previste a livello locale o regionale)
* titolare di nucleo familiare percettore delle forme di sostegno pubblico del reddito di seguito indicate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHE il proprio nucleo familiare **(inserire dati mancanti ove di interesse e marcare – sul pallino – la voce che interessa/no)**:

* presenta n. \_\_\_\_ componenti
* è costituita da n. \_\_\_\_ figli minorenni
* non è percettore di alcun reddito
* è mono-genitoriale privo di reddito, tale da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori
* annovera n. \_\_\_\_ componente/i con condizione di disabilità permanente associata a disagio socio-economico
* è presente n. \_\_ componente/i con patologie che determinano disagio socio-economico
* monoreddito il cui titolare ha subito sospensione e/o riduzione di orario lavorativo ai sensi del d.l. 18/2020 e succ.
* è costituito da componenti non proprietari/comproprietari dell’abitazione di residenza né di altre proprietà immobiliari
* i cui componenti non sono/sono assegnatari di sostegno pubblico (in caso affermativo, indicare tipo di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed importo percepito €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* è percettore di reddito da lavoro dipendente o autonomo (indicare nominativo/i del/i componente/i titolare/i di reddito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed importo mensile percepito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

CHE il proprio nucleo familiare si trova in situazioni/condizioni di emergenza economica ulteriori e non rientranti in quelle di cui ai punti precedenti, determinate dalle cause di seguito indicate:

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

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

*(allegare la documentazione comprovante quanto sopra dichiarato)*

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

Il/la sottoscritto/a - in relazione a quanto dichiarato – CHIEDE di essere ammesso/a al beneficio di cui al fondo di solidarietà alimentari e di prima necessità (Ordinanza Presidenza Consiglio dei Ministri- n. 658/2020 e D.L. n. 154/2020)

Luogo……………………Data………………………………….

Firma

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

**(allegare copia di valido documento di identità)**

**IL COMUNE NEL CASO DI DICHIARAZIONI DUBBIE INVIA LA DOCUMENTAZIONE AGLI ORGANI COMPETENTI PER IL CONTROLLO DEI REDDITI E DI TUTTO QUANTO DICHIARATO NELLE AUTOCERTIFICAZIONI**