Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà presentata

***(ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445)***

**DATI RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

cittadinanza

residente a

via n.

dal recapito telefonico

c.f.

recapito mail:

domicilio (se diverso dalla residenza)

identificato a mezzo di n.

rilasciato da in data

**RICHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A A PARTECIPARE AD INTERVENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARI**

ai sensi *dell’Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri che prevede risorse da destinare a misure urgenti di solidarietà alimentare*

*a tal fine dichiara:*

***di non essere beneficiario di altri sostegni pubblici***

***di beneficiare di reddito di cittadinanza per un importo mensile***

***pari ad euro***

 ***di non aver presentato la domanda di reddito di cittadinanza per i seguenti motivi:***

***di beneficiare dei seguenti altri sostegni pubblici o privati (Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale)***

1.

2.

*a tal fine:*

**consapevole delle conseguenze penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000),**

**consapevole che quanto ha dichiarato potrà essere oggetto di accertamento e verifica da parte degli organi competenti, ai sensi degli artt.46,47 del D.P.R.**

**28.12.2000 n.445 sopra citato**

**DICHIARA**

Che il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto e presenta la seguente situazione:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cognome e nome | grado di parentela | data di nascita | cittadinanza | professione/ disoccupato dal | reddito mensile | % inv.civ |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Che l’ISEE del nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è pari a €

con scadenza

Assenza ISEE: (specificare la motivazione)

Dichiara inoltre i seguenti fatti, condizioni che hanno determinato la situazione di bisogno:

**Nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy previste dal D. Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 i dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità della presente richiesta.**

**Allego copia carta d’identità in corso di validità**

Data: Lì

IL RICHIEDENTE