Spett.le COMUNE DI OTTATI

*Servizi Sociali*

Autocertificazione per ottenimento buoni spesa - Emergenza COVID-19

**(D.P.R. 28.12.2000, n. 445 - artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto ………………………..………………………………………, nato a ……………………… … il …………… residente in …………………………… alla via ……….……………………………………, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto **dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000** e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, **decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento** eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

**D I C H I A R A C H E:**

1. **il proprio nucleo familiare si compone come segue:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***COGNOME E NOME*** | ***RAPPORTO DI***  ***PARENTELA*** | ***CODICE FISCALE*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. a causa dell’emergenza sanitaria COVID-19, **il sottoscritto ed i componenti del suddetto nucleo familiare sono attualmente PRIVI di reddito**;
2. sia il sottoscritto che gli altri componenti del suddetto nucleo familiare **NON sono titolari di forme di sostegno pubblico** quali reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione, cassa integrazione o altre forme di sostegno al reddito erogate dall’INPS o da altri Enti.

**OTTATI**, *lì ……………………….*

**Firma del Dichiarante**

………………………………………………….

**Autorizza il trattamento dei propri dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini dell’evasione dell’istanza, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).**

**Firma del Dichiarante**

………………………………………………….

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

**DICHIARAZIONE RICEVUTA TELEFONICAMENTE IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Funzionario incaricato**

…………………………………….