**ALL. B)**

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_),

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_,

identificato a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ,

utenza telefonica fissa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , utenza telefonica mobile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 indirizzo e-mail/pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e a conoscenza del fatto che in tal caso l’amministrazione provvederà al recupero delle somme erogate,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ (è necessario barrare)**

* **I seguenti requisiti generali necessari per accedere al “bonus contributo emergenza covid 19”:**
* **di essere residente in Casamicciola Terme (compreso chi domiciliato in altro Comune per causa derivante dal sisma 21.08.2017)**
* **di non aver altro membro del proprio nucleo familiare che ha presentato medesima istanza**
* **di obbligare ognuno dei membri del nucleo familiare a non presentare alcuna ulteriore istanza al Comune di Casamicciola Terme e/o a Catena Alimentare, con la precisazione che chi riceve il buono spesa dal Comune non può ricevere buono spesa/derrate alimentari da Catena Alimentare;**
* **di essere intestatario della scheda anagrafica del Comune di Casamicciola Terme**
* **di consumare il buono spesa entro e non oltre il 30 aprile 2020, a pena di decadenza. L’importo e/la differenza non consumati resteranno al Comune.**
* **DI PERCEPIRE LA SEGUENTE FORMA DI REDDITO ALLA DATA DELLA RICHIESTA DI ACCESSO AL SOSTENTAMENTO ALIMENTARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMA DI REDDITO** |  |  | **Componente familiare** |
|  | **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| Stipendio |  |  |  |  |
| Pensione |  |  |  |  |
| Reddito di cittadinanza |  |  |  |  |
| Reddito di Inclusione |  |  |  |  |
| Naspi |  |  |  |  |
| Bonus D.L. n. 18/2020 |  |  |  |  |
| Altra misura di sostegno economico pubblico |  |  |  |  |

* **DI ESSERE TERREMOTATO (sisma 21.08.2017)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| alloggiato in albergo |  |  |
| Percettore CAS |  |  |

* **dichiara DI ESSERE LAVORATORE AUTONOMO secondo la seguente casistica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Componente familiare**  |
|  | **SI** | **NO** | **Si**  | **No**  |
| Commerciante |  |  |  |  |
| Artigiano |  |  |  |  |
| Libero Professionista |  |  |  |  |
| Altro (SALTUARIO - DIPENDENTE – stagionale ) |  |  |  |  |

* **DI PAGARE IL FITTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Per la propria abitazione |  |  |
| Per l’esercizio della attività commerciale/artigianale/professionale/altro |  |  |

* **CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E’ COSI’ COMPOSTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **Attività lavorativa** |
| n. 1 componente |  |  |
| n. 2 componenti |  |  |  |
| n. 3 componenti |  |  |  |  |
| n. 4 componenti |  |  |  |  |  |
| n. 5 componenti |  |  |  |  |  |  |
| n. 6 componenti e oltre |  |  |  |  |  |  |  |

* **CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO COMPRESI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **QUANTITA’** |
| anziani oltre i 78 anni |  |  |  |
| minori fino a 12 anni |  |  |  |
| Disabili |  |  |  |
| affetti da patologie croniche certificate  |  |  |  |

 **➢DI AVER PERSO/INTERROTTO IL LAVORO IN CONSEGUENZA DELLE RESTRIZIONE IMPOSTE DAI**

 **PROVVEDIMENTI ADOTTATI DAL GOVERNO, REGIONE E COMUNE IN MATERIA DI CONTRASTO AL**

 **DIFFONDERSI DEL CONTAGIO DA COVID 19.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| SOSPENSIONE DELLA ATTIVITA’ |  |  |
| MANCATA ASSUNZIONE/RIASSUNZIONE /NESSUNA FORMA DI LAVORO |  |  |

* **CHE IL NUCLEO FAMILIARE HA PERCEPITO REDDITI NELL’ANNO 2019**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** |  |
| Redditi da 0 a € 15.000,00  |  |  |
| Redditi tra € 15.001 e 28.000  |  |  |
| Redditi tra € 28.001 e 55.000  |  |  |
| Redditi da € 55.001 e 75.000  |  |  |
| Redditi oltre € 75.001 |  |  |

Visto quanto disposto dall’Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

CHIEDE

 di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.

Autorizzo il trattamento dei miei dati nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR Regolamento UE 2016/679.

Casamicciola Terme**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma del dichiarante