

## ALLEGATO B

**Al Comune di Colliano (SA)**  
Responsabile Area Amministrativa  
SEDE

### OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in questo comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020, del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone: (indicare cognome, nome e data di nascita):

n.	cognome	nome	luogo_nascita	data_nascita	parentela	età
1					<b>dichiarante</b>	
2						
3						
4						
5						
6						
7						

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

### dichiara

- di essere residente nel Comune di COLLIANO;
- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

*[illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno – assenza di reddito o sensibile riduzione del reddito]*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;
- di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e che prima di tale data era impiegato presso \_\_\_\_\_;
- di essere percettore di Reddito di Cittadinanza per un importo di € \_\_\_\_\_;
- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o altra fonte di sostegno di welfare pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € \_\_\_\_\_;

- di non essere percettore di rendite finanziarie o avere giacenze sui conti correnti bancari/postali superiore ad € 5.000,00;
- di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;
- altro da rilevare \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritta/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Il/La sottoscritta/a dà atto e dichiara di accettare, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Colliano procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

**Allega fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza gli uffici comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (*es. INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Acquisiti i seguenti documenti:

- visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
- .....

l'istante:

- viene ammesso ai seguenti benefici:
- viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

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

li, .....

Il Responsabile di Area

\_\_\_\_\_