



**COMUNE DI CHIESINA UZZANESE
PROVINCIA DI PISTOIA**

TEL. 0572/41801
FAX N.0572/411034
Via Garibaldi 8
51013 CHIESINA UZZANESE (PT)

**AUTODICHIARAZIONE PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALIMENTARE
AI SENSI DEL D.L. 154-2020 "MISURE FINANZIARIE URGENTI CONNESSE
ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19"**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47
del D.P.R. 28.02.2000, n. 445

____ I ____ sottoscritt _____ nat ____ a _____
provincia di _____ il _____
C.F. _____

residente nel Comune di Chiesina Uzzanese via _____ n. _____ con recapito
telefonico _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ indicare se: minore/ ultrasessantacinquenne/disabile

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ indicare se: minore/ ultrasessantacinquenne/disabile

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ indicare se: minore/ ultrasessantacinquenne/disabile

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ indicare se: minore/ ultrasessantacinquenne/disabile

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto
dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/ 2020, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- **la propria condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)**

Descrivere:

DICHIARA INOLTRE

- di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

o alternativamente di beneficiare dei seguenti sussidi.

Chiesina Uzzanese, li _____

Firma del dichiarante

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.