**RICHIESTA PER L’ASSEGNAZIONE DELLE MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE PER IL PAGAMENTO DELLE UTENZE DOMESTICHE – ANNO 2021**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di **SAINT-NICOLAS**

Via/fraz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. **11010**

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000*

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ persone, di seguito elencate:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero/a…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero/a…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero/a…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero/a…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Come previsto dal decreto-legge n. 73/2021 convertito, con modificazioni, dalla L. 23 luglio 2021, n. 106, di essere destinatario/a delle risorse per il sostegno alle famiglie che versano in stato di bisogno per:

* l’assegnazione di buoni spesa;
* il pagamento delle utenze domestiche;
* l’assegnazione di n. \_\_ buoni spesa da 50 euro e il pagamento delle utenze domestiche per il residuo dell’importo concesso.

A tal fine

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

* *di avere un indicatore* ***ISEE corrente*** *del valore di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dato rilevato dall'attestazione ISEE rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*oppure*

* *di avere un indicatore* ***ISEE ordinario*** *del valore di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dato rilevato dall'attestazione ISEE rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*
* *presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità (indicare il numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* *presenza nel nucleo familiare di minori (indicare il numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* nucleo familiare, con situazioni di disabilità, attualmente privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari del nucleo;
* nuclei familiari, con minori, attualmente privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari del nucleo.

**DICHIARA INOLTRE**

* di essere consapevole che il buono spesa:
	+ è personale;
	+ dà diritto ad acquistare prodotti alimentari, prodotti per l’igiene personale e della casa e parafarmaci - *sono esclusi bevande alcoliche, cosmetici, generi di maquillage, tabacchi, gratta e vinci e simili, cartoleria (è consentito l’acquisto del materiale scolastico), alimenti e prodotti per gli animali, arredi e corredi per la casa, prodotti per il giardinaggio, abbigliamento, calzature e accessori per l’abbigliamento*;
	+ non dà la possibilità di erogazione di resto per la quota non spesa;
	+ di essere informato/a che l’Amministrazione comunale effettuerà opportuni controlli sulle autocertificazioni presentate, anche a campione, e comunque ogni qualvolta sussistano ragionevoli dubbi sulla veridicità delle stesse;
	+ di aver preso visione dell’informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune;
	+ di essere informato/a che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell’istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
	+ di allegare i seguenti documenti:
		- fotocopia documento di identità in corso di validità;
		- se cittadino extra Unione Europea, fotocopia del permesso di soggiorno
		- copia delle bollette emesse dal Comune di Saint-Nicolas relative alle utenze domestiche (solo per le richieste per il pagamento delle utenze domestiche).

Saint-Nicolas, lì \_\_\_\_/\_\_/2021

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

 *(firma del dichiarante)*