



COMUNE DI FERRAZZANO

PROVINCIA DI CAMPOBASSO

Piazza Spensieri 19, 86010
T. 08744388926 int. 3 F. 0874412722
P. comune.ferrazzanocb@legalmail.it
P.I. 00170690705



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

l sottoscritt_
nat_ a..... il
residente a..... Via.....Telef.....
.....mail.....

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge-figlio-suocero.....)	Professione (lavoratore- studente disoccupato.....)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Di rientrare in una delle seguenti categorie:

- nucleo familiare la cui attività lavorativa è sospesa per effetto del DPCM del 3/12/2020;
- nucleo familiare la cui attività lavorativa è ridotta in termini di orario per effetto del DPCM 3/12/2020;

- nucleo familiare con reddito mensile pari ad €.
- nucleo familiare con depositi bancari e/o postali non superiori ad €. 500,00 rapportato a ciascun componente il nucleo familiare;
- ulteriori situazioni di emergenza economica del nucleo familiare, non comprese in quelle di cui ai punti precedenti, determinate da altre cause o condizioni particolari, di seguito motivate:

(allegare la documentazione comprovante quanto sopra dichiarato)

*** * ***

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari.

Luogo.....Data.....

Firma

(Allegare valido documento di identità)