

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE  
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE  
MISURE DI CONTRASTO AL DISAGIO SOCIALE PER EMERGENZA COVID 19**

\_l\_ sottoscritt\_.....  
 nat\_ a..... il .....  
 residente a..... Via.....  
 tel./cell. .... e-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

**D I C H I A R A**

a) 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 .....	.....	.....

b) che all'interno del proprio nucleo familiare ( barrare la condizione che ricorre )

	CRITERI	SI	NUMERO COMPONENTI	NO
A	Presenza di ultra sessantacinquenni nel nucleo familiare oppure di bambini fino a 6 anni			
B	Portatori di handicap nel nucleo familiare ( L. 104/92 )			
C	Numero di componenti del nucleo familiare ( figli con età superiore ai 6 anni o altro )			
D	Soggetti già assegnatari di sostegno pubblico fino a 500 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali ecc. connesse all'emergenza coronavirus.)			

