

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
A MISURE DI SOSTEGNO PER LE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA'**

__I_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

1 – di essere residente nel Comune di Torre Dè Passeri da almeno 40 mesi alla data dell'approvazione del presente avviso;

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

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	data di nascita
-
-
-
-
-
-

3- per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;

4- (barrare le voci che interessano):

- di avere un ISEE pari ad € e di produrre, in allegato, la relativa attestazione in corso di validità;
- che il proprio nucleo non percepisce alcun reddito e/o ammortizzatore sociale;
- che il proprio nucleo percepisce un reddito da lavoro (o altro) e/o ammortizzatore sociale fino ad un importo di € 1.000,00 mensili derivante da.....;
- che il proprio nucleo percepisce un assegno o pensione per invalidità o inabilità lavorativa INAIL non superiore ad € 1.200,00 mensili;

in alternativa:

5 – che all'interno del proprio nucleo familiare *sono presenti/ non sono presenti* (escludere la voce che non interessa) portatori di handicap (L. 104/92):
(indicare nome e cognome).

SI AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI , AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 e s. m. e i..

Firma

Allegare (pena l'esclusione):

- 1) copia di un **documento di riconoscimento** del sottoscrittore;
- 2) copia dell'**attestato ISEE**;
- 3) busta paga/cedolino del mese di gennaio 2023.