



Città di Valmontone

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

“ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE IN SITUAZIONI DI CONTINGENTE INDIGENZA ECONOMICA DERIVANTE DALLA EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA CODIV- 19”.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a in _____, il _____

residente in Valmontone (RM), Via: _____ n. _____

Tel. _____ email: _____

CHIEDE

Il riconoscimento del seguente contributo economico per interventi di solidarietà attivati dal Comune di Valmontone per contrastare l'emergenza COVID-19 : **(Barrare con una X la richiesta interessata)**

- ☐ Buono spesa /card per l'acquisto di alimenti e beni di prima necessità
- ☐ Buono spesa farmaceutico

DICHIARA

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia di COVID – 19 e dichiara inoltre:

- ☐ Di essere coniugato/a convivente con _____;
- ☐ Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone, di cui: n. _____ minori e/o n. _____ persone con disabilità certificata/invalidità



Città di Valmontone

- ☐ Che il proprio ISEE per l'anno 2020 è pari ad € _____;
- ☐ Di percepire il reddito di cittadinanza per un importo mensile di € _____;
- ☐ Di non percepire il reddito di cittadinanza;
- ☐ Di percepire l'assegno per il terzo figlio per un importo annuo di € _____;
- ☐ Di percepire l'assegno maternità INPS per un importo annuo di € _____;
- ☐ Di essere lavoratore autonomo ma inattivo e senza ammortizzatori sociali ;
- ☐ Di percepire indennità di disoccupazione per un importo mensile/annuo di € _____;
- ☐ Di percepire ammortizzatori sociali _____ per un importo mensile/annuo di € _____;
- ☐ Di percepire/ aver percepito contributi assistenziali da _____ nell'anno _____ per _____ di importo pari ad euro _____.
- ☐ Di aver sospeso la propria attività lavorativa in qualità di _____ presso _____ indirizzo _____ dal _____

Si allega:

- ✓ **Copia del documento di identità in corso di validità del solo richiedente il contributo**
- ✓ **Per i cittadini stranieri non UE copia del titolo di soggiorno in corso di validità**

**LE DOMANDE INCOMPLETE, PRIVE DI FIRMA E MANCANTI DEGLI ALLEGATI
RICHIESTI NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE.**

Valmontone, _____

IL DICHIARANTE