



AL SINDACO
DEL COMUNE DI SALERNO

Consegna:

- ☐ a mezzo e-mail all'indirizzo: **fondosolidalecovid19@comune.salerno.it**
☐ a mezzo whatsapp al numero: **334/1043709**
☐ a mano presso uffici comunali

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000
(Fondo di solidarietà comunale - Emergenza COVID-19)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____

il _____ Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: Tipo _____ numero _____

scadenza _____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ a _____, n. _____

C.a.p.: _____ Recapiti: Tel. _____, cell. _____

Indirizzo e-mail: _____

di essere conosciuto dal Servizio Sociale **SI** **NO**

chiede

di poter essere ammesso al sostegno previsto dal D.P.C.M del 28/03/2020 “Criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale 2020”. A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445);

dichiara

1) di aver percepito, nel mese di marzo 2020, un reddito familiare pari ad € _____;

2) di aver svolto l'ultima attività lavorativa:

data inizio: _____ data fine: _____;

3) di essere destinatario di Reddito di Cittadinanza: **SI** **NO**

4) di essere destinatario di un altro ammortizzatore sociale: **SI** **NO**

se Sì quale _____;

5) di essere possessore di giacenze di c/c pari ad € _____;

6) di essere detentore di alloggio a titolo di:

☐ proprietà

☐ affitto _____ (indicare l'importo mensile)

☐ altro

7) che il proprio nucleo familiare è composta da n. _____

Cognome e Nome	Rapporto richiedente	Data di nascita	Codice Fiscale	Reddito di lavoro percepito

8) che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ con disabilità tipo
_____ percipienti indennità pari ad € _____, già
considerate ai fini della determinazione del reddito di cui al punto 1;

autorizza

ai sensi e per gli effetti D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i., con la sottoscrizione del presente modulo, al
trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto allega, in copia alla presente, documento di riconoscimento in corso di validità, ovvero, si
impegna, sin d'ora, a presentarlo all'atto dell'eventuale ritiro dei buoni spesa.

Firma

Salerno, _____

spazio riservato all'ufficio

--