



COMUNITA' MONTANA " MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore – D.P.G.R. n. 040 dell’19.06. 2017
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594
Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi del l’OCDPC 29 marzo 2020 n. 658

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

I sottoscritt _____ nat a _____ provincia di
_____ il _____ c.f.: _____
residente nel Comune di _____ alla via _____ n.
C.A.P. _____ con recapito telefonico _____,

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale:

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale:

Source Fiscale: _____

consenziale delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni fideiucia, come previsto dall'art. 26/12/2000, n. 145.

del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità.

CHIEDE

- di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

Descrever: _____

- di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

o alternativamente di beneficiare del seguente sussidio _____

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.