



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: ____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76
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)

Descrivere: _____

- 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.