

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI  
INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

**AL COMUNE DI BELMONTE CALABRO**  
**comune.belmontecalabrocs@anutel.it**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A  
\_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_  
E RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ ALLA  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CODICE  
FISCALE \_\_\_\_\_, NUMERO DI TELEFONO  
\_\_\_\_\_, MAIL \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONE  
MENDACE (ART. 76 D.P.R. 445/2000 E ARTT. 476 SEGG. CODICE PENALE)

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL CONTRIBUTO PER ACQUISTO DI DERRATE  
ALIMENTARI DI CUI ALL'ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE NR. 658 DEL 29/03/2020  
ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ATT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000**

- a. ☐ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON PERCEPISCE ALCUN SUSSIDIO  
☐ PERCEPISCE LE ENTRATE INDICATE NEI PUNTI SUCCESSIVI

- b. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE PERCEPISCE LE SEGUENTI ENTRATE:

|                                            |    |                          |    |                          |
|--------------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ CASSA INTEGRAZIONE                       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ MANTENIMENTO                             | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TITOLARE DI PENSIONE (SPECIFICARE TIPO)  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ INVALIDITA' / ACCOMPAGNAMENTO            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TITOLARE CARTA REI                       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TITOLARE DI REDDITO DI CITTADINANZA      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TITOLARE DI TRATTAMENTO NASPI O SIMILARI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Indicare la somma di tale sussidio: \_\_\_\_\_

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI  
INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

c. CHE LA PROPRIA CONDIZIONE ABITATIVA E' LA SEGUENTE:

- |                          |    |                          |    |                          |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ PROPRIETA' CON MUTUO   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ PROPRIETA' SENZA MUTUO | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ LOCAZIONE ONEROSA      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ LOCAZIONE GRATUITA     | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Indicare somma uscite: \_\_\_\_\_

d. CHE LA PROPRIA CONDIZIONE LAVORATIVA FINO AL MESE DI MARZO 2020 E' LA  
SEGUENTE:

- |                                   |    |                          |    |                          |
|-----------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ LAVORATORE DIPENDENTE PART TIME | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ LAVORATORE DIPENDENTE FULL TIME | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ TITOLARE DI PARTITA IVA         | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ DISOCCUPATO                     | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Indicare somma percepita: \_\_\_\_\_

e. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO, COMPRESO IL DICHIARANTE,  
DA NR. \_\_\_\_\_ PERSONE

f. CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO PRESENTI NR. \_\_\_\_\_ FIGLI  
MINORI

g. CHE PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE VI SONO LE SEGUENTI CONDIZIONI  
PARTICOLARI:

- |                     |    |                          |    |                          |
|---------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ▪ PRESENZA DISABILI | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ▪ ALTRO             |    |                          |    |                          |

(SPECIFICARE) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI  
INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

h. DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I CRITERI DI VALUTAZIONE COME DELIBERA DI  
GIUNTA N.        DEL

*DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE INFORMATO, TRAMITE APPOSITA INFORMATIVA RESA DISPONIBILE DALL'ENTE A CUI È  
INDIRIZZATO IL PRESENTE DOCUMENTO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 13 E SEG. DEL REGOLAMENTO  
GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (RGPD-UE 2016/679), CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI,  
ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA  
PRESENTE ISTANZA/DICHIARAZIONE VIENE RESA.*

**IL/LA DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**