|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dichiarazione sostitutiva della**CERTIFICAZIONE di:****Condizioni socio-economiche attuali dovute all’emergenza epidemiologica Covid-19**(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)Il Sottoscritto……………………………………………………………………………………….nato a…………………………… .. il……………………………………………………………..residente a……………… ………………………………………………………………………....... .in ……………………………………………….. n°………………………………………………..Recapito telefonico (OBBLIGATORIO) ……………………………………………………………E-mail: ……………………………………………………………………………………………..consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000**DICHIARA:*** Di essere residente nel Comune Olevano Romano
* Di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità (solo per cittadini extra U.E);
* Di essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali. Qualora appartenga a nuclei familiari non in carico ai servizi sociali questi ne dovranno accertare lo stato di bisogno e procedere alla presa incarico;
* Di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell’applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19;
* **DI NON ESSERE** beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici (es. Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) ad esclusione di quelle previste dalle norme relative al contenimento dell’epidemia da Covid-19 (es. cassa integrazione Covid-19,bonus partita IVA, etc).
* **DI ESSERE BENEFICIARIO di altre forme di sostegno al reddito (**Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità cassa integrazione**)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili

 **(specificare contributo ed entità)*** **Che altro componente del nucleo familiare è BENEFICIARIO di altre forme di sostegno al reddito (**Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità cassa integrazione**)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili

 **(specificare contributo ed entità)*** Che il proprio nucleo familiare (oltre il sottoscritto) è così composto da **nr. \_\_\_\_\_\_\_\_** persone

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome  | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Rapporto di parentela  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Di essere consapevole che questa Amministrazione Comunale provvederà ad effettuare i dovuti controlli per verificare che quanto dichiarato nella presente autocertificazione corrisponda al vero. Oltre alle conseguenze civili e penali in cui si incorre dichiarando il falso, l’Amministrazione si riserva di adire l’Autorità Giudiziaria competente anche per richiedere indietro le somme indebitamente percepite.
* Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Olevano Romano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\* |

Si allega: fotocopia documento di identità dichiarante