|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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