



COMUNE DI BIBBONA
(Provincia di Livorno)

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare per l’attuazione degli interventi finanziati sull’avviso “ Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce piu’ deboli della popolazione a seguito dell’emergenza covid 19” Progetto S.I.N.E.R.G.I.E. POR FSE 2014-2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’ RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a _____ prov. _____ stato _____ il _____

Residente in Bibbona, Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. 57020

Stato civile : _____ tel. / cell. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

facente parte del nucleo familiare composto da :

cognome	nome	Codice fiscale

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità di atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Di partecipare alla assegnazione dei contributi alimentari sotto forma di buoni spesa per l'attuazione degli interventi finanziati sull'avviso "" Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce piu' deboli della popolazione a seguito dell'emergenza covid 19"" Progetto S.I.N.E.R.G.I.E. POR FSE 2014-2020, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

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

() **a)** ISEE inferiore a € 20.000,00 (specificare il valore ISEE _____)

e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- i.) persone/nuclei familiari con sensibile riduzione del reddito complessivo a causa della diminuzione dell'orario di lavoro e/o della chiusura della propria attività per le misure di contenimento della diffusione del Covid-19;
- ii.) persone/nuclei familiari con componenti in cassa integrazione la cui liquidazione è differita nel tempo generando causa di mancata liquidità;
- iii.) persone/nuclei familiari che in seguito all'emergenza Covid-19 non percepiscono alcuna entrata economica;
- iv.) nuclei familiari che hanno subito un decesso di un componente per causa Covid-19 che ha causato forte difficoltà al nucleo familiare;

() **b.)** ISEE inferiore a € 6.000,00

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

- ALLEGARE COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO