



AL SINDACO  
DEL COMUNE DI SALERNO

Consegna:

- a mezzo e-mail all'indirizzo: **fondosolidalecovid19@comune.salerno.it**  
 a mezzo whatsapp al numero: **334/1043709**  
 a mano presso uffici comunali

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000  
(Fondo di solidarietà comunale - Emergenza COVID-19)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento: Tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

C.a.p.: \_\_\_\_\_ Recapiti: Tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

di essere conosciuto dal Servizio Sociale                      SI                      NO

**chiede**

di poter essere ammesso al sostegno previsto dal D.P.C.M del 28/03/2020 "Criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale 2020". A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445);

**dichiara**

1) di aver percepito, nel mese di marzo 2020, un reddito familiare pari ad € \_\_\_\_\_;

2) di aver svolto l'ultima attività lavorativa:

data inizio: \_\_\_\_\_ data fine: \_\_\_\_\_;

3) di essere destinatario di Reddito di Cittadinanza:                      SI                      NO

4) di essere destinatario di un altro ammortizzatore sociale:                      SI                      NO

se Sì quale \_\_\_\_\_;

5) di essere possessore di giacenze di c/c pari ad € \_\_\_\_\_;

6) di essere detentore di alloggio a titolo di:

proprietà

affitto \_\_\_\_\_ (indicare l'importo mensile)

altro

7) che il proprio nucleo familiare è composta da n. \_\_\_\_\_

Cognome e Nome	Rapporto richiedente	Data di nascita	Codice Fiscale	Reddito di lavoro percepito

8) che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ con disabilità tipo

\_\_\_\_\_ percipienti indennità pari ad € \_\_\_\_\_, già considerate ai fini della determinazione del reddito di cui al punto 1;

### autorizza

ai sensi e per gli effetti D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i., con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto allega, in copia alla presente, documento di riconoscimento in corso di validità, ovvero, si impegna, sin d'ora, a presentarlo all'atto dell'eventuale ritiro dei buoni spesa.

Firma

Salerno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

spazio riservato all'ufficio

--