

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE  
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

l\_ sottoscritt .....  
nat\_ a..... il .....  
residente a..... Via.....  
tel./cell. .... e-mail .....  
IBAN .....

ISEE € .....anno 2020  
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

**D I C H I A R A**

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone di seguito elencate:

<b>Nome e cognome</b>	<b>Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)</b>	<b>Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)</b>
1 .....	.....	.....
2 .....	.....	.....
3 .....	.....	.....
4 .....	.....	.....
5 .....	.....	.....
6 .....	.....	.....
7 .....	.....	.....
8 .....	.....	.....
9 .....	.....	.....

2 – di essere/non essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari

(se si specificare quali):

.....  
.....  
.....)

3 – che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo che è di € ..... e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo).

4 – di godere/non delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, assegno ordinario ecc.).....

5 – che i componenti del nucleo familiare sono/non sono assegnatari di sostegno pubblico (ordinanza n. 658 del 29.03.2020) se del caso indicare quali sono i beneficiari .....



**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
- .....

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

---

---

---

Li, .....

L'Ufficio Servizi Sociali

---