

AL SINDACO DEL COMUNE DI SOAVE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE ALLE MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**  
**Di cui all'art 2 del D.L 23/11/2020 n. 154**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

residente in SOAVE via \_\_\_\_\_,

cellulare n. \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**La concessione della carta prepagata per l'acquisto di BENI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITA'**

a tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di false dichiarazioni,

**DICHIARO E AUTOCERTIFICO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ**

**Che, in seguito all'emergenza sanitaria in corso, uno o più componenti della propria famiglia hanno avuto una VARIAZIONE SIGNIFICATIVA delle entrate economiche**

- 1) Che il mio nucleo familiare – risultante dall' anagrafe comunale - ad oggi è composto da n \_\_\_\_\_ persone di seguito elencate:

.	COGNOME e NOME	GRADO PARENTELA	ETA' (al 31.12.20)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- 2) Che la SITUAZIONE LAVORATIVA ED ECONOMICA, PRECEDENTE ALL'EMERGENZA COVID 19 ERA LA SEGUENTE: (indicare tipologia occupazione svolta a febbraio 2020, e nome lavoratore):

.	COGNOME e NOME	MANSIONE LAVORATIVA PRIMA DEL COVID	TIPOLOGIA CONTRATTO (barrare voce corrispondente)	REDDITO MEDIO MENSILE PRIMA DEL COVID
1			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro .....	

2			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro .....	
3			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro .....	

TOT. ....

3) CHE LA SITUAZIONE LAVORATIVA E ECONOMICA DEI DUE MESI PRECEDENTI ALLA PRESENTE RICHIESTA E' LA SEGUENTE:

	COGNOME e NOME	VARIAZIONE OCCORSA	DESCRIZIONE DEI FATTI OCCORSI	REDDITO MENSILE	
				MESE DI	MESE DI
1		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro .....		MESE DI .....	MESE DI .....
2		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro .....		MESE DI .....	MESE DI .....
3		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro .....		MESE DI .....	MESE DI .....
4		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro .....		MESE DI .....	MESE DI .....

