

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL  
COMUNE DI CEGLIE MESSAPICA**

PEC: area.sociale@pec.comune.ceglie-messapica.br.it

MAIL: protocollo@ceglie.org

**AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n°445/2000) AI FINI DELLA  
RICHIESTA DI BUONI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA  
NECESSITA' AI SENSI DELL'ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE N° 658 DEL  
29/03/2020.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, identificato/a con  
documento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con scadenza il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_  
mail: \_\_\_\_\_, pec: \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE**

delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 c.p.); oltrech , ai sensi dell'art. 47 D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, cos  come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA  
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILIT **

di trovarsi temporaneamente in stato di bisogno a seguito e per gli effetti dei provvedimenti restrittivi dettati dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 tanto da non poter provvedere ai bisogni primari propri e del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO (secondo lo stato di famiglia):

<i>N.</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Grado di parentela</i>
1.				<i>Dichiarante</i>
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

**DICHIARA INOLTRE CHE**  
(indicare con X la propria situazione)

- in ottemperanza ai recenti provvedimenti governativi per l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, ha sospeso la propria attività lavorativa a far data dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; svolta presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare se lavoratore autonomo o dipendente)

*OPPURE*

- il/la sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico sono privi di occupazione;

- Il/La sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, **non percepiscono** sussidi di sostegno pubblico pubblico o ammortizzatori sociali (reddito di cittadinanza/di inclusione/reddito di dignità regionale, Naspi, cassa integrazione, pensione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, ecc.)

*OPPURE*

- Il/La sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, **percepiscono** sussidio di sostegno pubblico o ammortizzatori sociali (reddito di cittadinanza/di inclusione/reddito di dignità regionale, Naspi, cassa integrazione, pensione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, ecc.) per un importo pari ad € \_\_\_\_\_ mensili.  
Specificare tipologia \_\_\_\_\_

- All'interno del proprio nucleo familiare è presente uno o più soggetti diversamente abili;

- All'interno del proprio nucleo familiare è presente uno o più minori da 0 -3 anni

- Analoga istanza, rispetto alla presente, non è stata prodotta da altro componente del proprio nucleo familiare anagrafico.

Il/La sottoscritto/a autorizza il Comune di Ceglie Messapica al trattamento dei dati personali in relazione all'oggetto.

Ceglie Messapica, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IL DICHIARANTE RICHIEDENTE  
FIRMA

\_\_\_\_\_

N.B. Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.