

[illegible]

--	--	--

- ☐ che il nucleo è privo di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale
- ☐ che nel proprio nucleo sono presenti n. _____ persone con invalidità;
- ☐ che nessun componente del nucleo familiare è dipendente di pubbliche amministrazioni;
- ☐ che nessun componente del nucleo familiare è dipendente di attività non soggette a chiusura obbligatoria ai sensi della normativa di contrasto all'emergenza COVID-19.

- di avere la seguente condizione abitativa:

- ☐ abitazione propria
- ☐ abitazione con pagamento canone mensile € _____
- ☐ abitazione con pagamento mutuo mensile € _____
- ☐ altro _____

- di essere a conoscenza che nei propri confronti e in quelli del proprio nucleo familiare, possono essere conseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- di essere a conoscenza che il Comune eroga le prestazioni sociali nei limiti delle proprie disponibilità finanziarie.

Breve descrizione della propria situazione attuale non deducibile dalle informazioni già inserite

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 101/2018 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Allega:

- Fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria in corso di validità;
- Eventuale certificazione di invalidità
- Altro _____

Serdiana, li _____

FIRMA

N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti e la mancata compilazione di una di esse, comporta l'annullamento della stessa.