

**Richiesta sostegno emergenza COVID-19**  
**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

**Al Comune di  
FASANO (BR)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Fasano alla via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Con la presente

**CHIEDE**

Di usufruire di sostegno alimentare per far fronte alle esigenze del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome, cognome e data di nascita di ciascun componente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segnala le seguenti particolari esigenze (allergie, intolleranze, cure mediche, pannolini, latte in polvere, ecc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- Di non usufruire di alcuna forma di reddito assistenziale (cittadinanza, inclusivo, ecc.), superiore ad € 500,00;

- di essere capo famiglia in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza COVID-19 per i seguenti motivi:

- Chiusura/sospensione attività lavorativa
  - Propria
  - Dipendente

Ed in correlazione:

- Di non avere ancora ottenuto ammortizzatori sociali
- Di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali

Allega , a pena di irricevibilità dell'istanza, documento di riconoscimento del sottoscrittore.

Fasano, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente