**ALLEGATO 1**

COMUNE DI ALLISTE

Piazza Municipio

73040 Alliste (LE)

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L’EMERGENZA DA COVID-19**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in ALLISTE alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mai\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e**

**delle relative sanzioni penali previste dall’art. 76, D.P.R. 445/2000 e delle decadenze nei casi di**

**cui all’art. 71, ai sensi degli artt. 46 e 47 stesso testo normativo**,

**CHIEDE**

di accedere ai contributi economici regionali previsti per fronteggiare l’emergenza da Covid-19 e

assegnati con deliberazione G.r. n. 788/2020 e, a tal fine,

**DICHIARA**

di (indicare la scelta alternativa):

* **“appartenere a un nucleo familiare in condizione di particolare fragilità sociale, privo di qualunque forma di assistenza economica in corso di erogazione”*;***
* **“essere un lavoratore autonomo risultato privo di qualsiasi reddito a causa della pandemia da Covid-19 e non destinatario di misure di sostegno previste dalla normativa statale”;**
* che il proprio nucleo familiare è composto da:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **luogo e data di nascita** | **residenza** | **relazione di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato domanda per il suddetto avviso;
* di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento in questione;

**CHIEDE INFINE**

Che le comunicazioni vengano trasmesse al seguente indirizzo:

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega alla presente:

a) fotocopia tessera sanitaria;

b) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Alliste, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

 Firma

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