



**COMUNITA' MONTANA " MONTAGNA DI L'AQUILA"**

*ECAD N. 5 " MONTAGNE AQUILANE"*

Gestione Commissario liquidatore – D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017  
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594  
Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare  
ai sensi dell'OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi  
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_ provincia di  
\_\_\_ il \_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_,

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76  
del D.P.R. n° 445/2000 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

- di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza  
della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

- la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti  
elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della  
definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

Descrivere: \_\_\_\_\_

- di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o  
comunale

*o alternativamente* di beneficiare del seguente sussidio \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.