

FONDO EMERGENZA COVID-19 DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D3 - SOSTEGNO AL PAGAMENTO DELLE UTENZE, DEL CANONE DI LOCAZIONE DELL' ABITAZIONE DI RESIDENZA, DEI FARMACI PER PATOLOGIE GRAVI.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**AL COMUNE DI
CAMPOBELLO DI LICATA**

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

(intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare)

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente a CAMPOBELLO DI LICATA, via _____ N. _____,
Codice Fiscale _____, Tel/Cell _____, (e-mail PEC _____)
) nella qualità di intestatario della scheda anagrafica

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dalla **DELIBERAZIONE DEL COMITATO DEI SINDACI N. 8 DEL 04/08/2020**

DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del Comune di CAMPOBELLO DI LICATA, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di CAMPOBELLO DI LICATA nell'abitazione principale sita in Via _____
- avere la seguente composizione di nucleo familiare:

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					

