

Allegato B)

Dichiarazione perdita reddito

Il/la sottoscritt _____ (Cognome e nome)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. n° 445/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del predetto T.U. sulle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del T.U. citato, sotto la propria personale responsabilità, ad ogni effetto di legge,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Quadro A - DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Comune e/o Stato estero di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____
recapiti telefonici _____ Comune di residenza _____ Prov. _____
indirizzo e n° civico _____ C.A.P. _____

Si considera nucleo familiare quello composto dal richiedente e da tutti coloro, anche se non legati da vincoli di parentela, che risultano dalla sua situazione di famiglia anagrafica **nell'anno 2020:**

Quadro B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E REDDITI anno 2019 e anno 2020

Dichiarazione di aver subito una contrazione del reddito del proprio nucleo familiare superiore al 20% nell'anno 2020 nel periodo da marzo a maggio 2020, rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente a causa dell'emergenza sanitaria Covid 19 e di trovarsi in una condizione di difficoltà socio-economica:

REDDITO 2019 _____

REDDITO 2020 _____

Allegare la documentazione utile a certificare tale riduzione del reddito (buste paga 2019-2020; redditi 2019-2020, altro).

ATTENZIONE: Devono essere dichiarati anche tutti gli emolumenti, indennità, pensioni e sussidi, a qualsiasi titolo percepiti, ivi compresi quelli esentasse, ad es: pensioni di invalidità civile, accompagnamento, rendite INAIL, pensioni di guerra, etc.

N. °	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Rapp. di parentela con il richiedente	Attività lavorativa e reddito	Attività lavorativa e reddito
					anno 2019	anno 2020

Informazioni aggiuntive, utili a descrivere la situazione di disagio aggravata dall'emergenza epidemiologica da Covid 19:

ALTRE INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE
(compilare interamente e crociare le condizioni che ricorrono)

- nel nucleo familiare sono presenti n° _____ soggetti con handicap permanente o invalidità superiore ai 2/3;
- nel nucleo familiare sono presenti n° _____ soggetti ultrasessantacinquenni;
- nel nucleo familiare sono presenti n° _____ figli di età inferiore ai 18 anni;

Quadro C – VALIDITÀ DELLE DICHIARAZIONI RESE

Io sottoscritt _____, nat _ a _____ () il _____ e residente in _____ () alla Via _____

consapevole delle responsabilità civili e penali che mi assumo per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del "T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa" approvato con D.P.R. n. 445/2000, dichiaro di aver compilato la domanda di partecipazione al «Bando per la concessione di contributi a sostegno delle famiglie e dei soggetti in difficoltà socio-economica a causa dell'emergenza Covid 19» ed il presente modulo alla stessa allegato, in ogni loro parte, e che quanto in essi espresso, dichiarato e sottoscritto, è vero ed è documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4, comma 2, del D.Lgs. 31 marzo 1998 n° 109, e 6 comma 3, del D.P.C.M. 7 maggio 1999, n° 221, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze, anche in ottemperanza all'art. 71 del precitato T.U. approvato con D.P.R. n° 445/2000, oltre che con i dati del portale Inps;

IL/LA DICHIARANTE

_____, li _____
(luogo) (data)

(FIRMA OBBLIGATORIA DEL DICHIARANTE PENA ESCLUSIONE)

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dà esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 10 della Legge n° 675/98 e ss.mm.ii., consapevole del fatto che, in mancanza del predetto consenso, la richiesta di che trattasi può subire notevole ritardo o impossibilità nella sua definizione.

(FIRMA OBBLIGATORIA DEL DICHIARANTE)

AI SENSI DELL'ART. 47 DEL T.U. APPROVATO CON D.P.R. N° 445/2000, LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DA PRODURRE AGLI ORGANI DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA O AI GESTORI O ESERCENTI PUBBLICI SERVIZI, SONO SOTTOSCRITTE DALL'INTERESSATO IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO SOTTOSCRITTE E PRESENTATE UNITAMENTE A COPIA FOTOSTATICA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO A IDENTITÀ VALIDO DEL SOTTOSCRITTORE (A PENA DI INVALIDITÀ DI TUTTE LE DICHIARAZIONI RESE).