

# Comune di Chiusavecchia

CAP 18027 - Piazza Caduti, 5 - Tel 0183-52406 Fax 0183-529900  
P.I. 00253650089 - [contatti@comune.chiusavecchia.im.it](mailto:contatti@comune.chiusavecchia.im.it) - [www.comune.chiusavecchia.im.it](http://www.comune.chiusavecchia.im.it)  
[chiusavecchia@pec.it](mailto:chiusavecchia@pec.it)

Al Comune di Chiusavecchia

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in Chiusavecchia via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

**PRESENTA ISTANZA**  
**di contributo di solidarietà alimentare in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19**

A tal fine **DICHIARA** ai sensi degli artt. 3 e 46 e dell'art. 76 del DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere residente in CHIUSAVECCHIA  
- stato civile \_\_\_\_\_  
- professione \_\_\_\_\_  
- che il proprio nucleo familiare è così composto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di essere autosufficiente

di essere non autosufficiente e/o necessita la consegna a domicilio al seguente indirizzo  
\_\_\_\_\_

che il proprio reddito del mese di marzo 2020 è di € \_\_\_\_\_  
 che il reddito familiare del mese di marzo 2020 complessivo di tutti i componenti del nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_  
 di essere in attesa di cassa integrazione guadagni o altra misura di sostegno connesse dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19

Di essere esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19

Di essere in stato di bisogno

Di essere assegnatario del seguente sostegno pubblico \_\_\_\_\_

di aver compilato la presente domanda consapevole delle proprie responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00 e in caso di falsità, della decadenza dal beneficio richiesto ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/00.

Allega fotocopia documento d'identità.

Chiusavecchia,

Il dichiarante