



**FRATERNITA DI MISERICORDIA
SAN PIERO PATTI - OdV**

VIA 2 GIUGNO 26 98068 S. PIERO PATTI (ME)
TEL.E FAX 0941/660211 C.F.94002960832
E-mail: sanpieropatti@misericordie.org
Pec: misericordiasanpieropatti@pec.it



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

Misure d'intervento straordinario per i casi di indigenza, bisogno ed emergenza alimentare ai sensi dell'articolo 26 comma 39, della legge regionale 22 febbraio 2023, n.2, di cui all'art.2 comma 1 lettere a) e b), della legge regionale 13 luglio 2021 n. 16

_____, sottoscritt _____ nat _____ a
_____ provincia di _____ il _____ c.f.:
_____ residente nel Comune di _____ alla via
_____ n. _____ C.A.P. _____ con recapito telefonico
_____, documento di riconoscimento _____,

ai sensi e per gli effetti dell'art 47 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

- di possedere il seguente titolo di studio / qualifica _____
_____ conseguito in data _____;

- di trovarsi nella seguente situazione occupazionale:

<input type="checkbox"/>	In cerca di prima occupazione
<input type="checkbox"/>	Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria-atipica e chi è in CIG)
<input type="checkbox"/>	Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
<input type="checkbox"/>	Studente
<input type="checkbox"/>	Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

- nel caso "In cerca di prima occupazione" o "Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione" Durata ricerca lavoro: fino a 6 mesi da 6 mesi a 12 mesi da 12 mesi oltre
 Non disponibile;
- iscrizione al centro per l'impiego: si no;
- Caso "Occupato" lavoro dipendente lavoro autonomo

- Tipo di contratto _____ *in caso di titolare partita IVA "Nessun contratto perché lavoratore autonomo" e passare alla condizione di vulnerabilità;*

- Tipologia Azienda: Privata Pubblica P.A.;

- Classe azienda _____;

- Numero dipendenti (orientativi) _____;

- Denominazione e indirizzo azienda _____

_____;

- di trovarsi nella seguente condizione di vulnerabilità:

<input type="checkbox"/>	Persona disabile
<input type="checkbox"/>	Migrante o persona di origine straniera
<input type="checkbox"/>	Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)
<input type="checkbox"/>	Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
<input type="checkbox"/>	Tossicodipendente/ex tossicodipendente
<input type="checkbox"/>	Detenuto/ex detenuto
<input type="checkbox"/>	Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
<input type="checkbox"/>	Altro tipo di vulnerabilità
<input type="checkbox"/>	Nessuna condizione di vulnerabilità

- che la propria condizione familiare è la seguente:

<input type="checkbox"/>	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e senza figli a carico
<input type="checkbox"/>	Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico N. _____
<input type="checkbox"/>	Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
<input type="checkbox"/>	nuclei/singola persona senza fissa dimora
<input type="checkbox"/>	Persona proveniente da zone rurali
<input type="checkbox"/>	Altro

- di essere/ non essere destinatario di contributi pubblici comunque denominati (se sì, quali?)

_____)

DICHIARA

Inoltre

- ✓ che nessun componente del nucleo familiare risulta essere un dipendente pubblico;
- ✓ che al momento si trova in condizione di assoluta mancanza di disponibilità economica;

- ✓ che l'attuale situazione economica complessiva del nucleo familiare non è sufficiente a garantire l'acquisto di generi alimentari minimi necessari al fabbisogno della famiglia stessa e pagamento di utenze o affitto;
- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dei relativi criteri di ammissione al beneficio;
- ✓ di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione finanziaria dichiarata con il presente modulo;
- ✓ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ivi contenuta.

di avere ricevuto direttamente i beni descritti nella scheda allegata;

di avere ricevuto l'erogazione di servizi per un valore complessivo di € _____

affitto	€	_____	periodo	_____
bolletta	€	_____	periodo	_____
prestazione medica	€	_____	dettaglio	_____
ausili specifici	€	_____	dettaglio	_____
farmaci specifici	€	_____	dettaglio	_____

Si allegano:

- Copia documento contabile servizi;
- Copia del titolo di pagamento servizi;
- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante
- Copia Modello Isee
- Altri documenti

Data

Visto del Legale Rappresentante

Firma Destinatario