**Autocertificazione fondo diocesano** **#nessunosisalvadasolo**

# OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE FONDO DIOCESANO #nessunosisalvadasolo

Con la presente

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| Nato/a a |  | il |  |
| Codice fiscale |  |
| Residente a |  | Via/piazza |  |
| Identificato/a a mezzo |  | numero |  |
| Rilasciato da |  | in data |  |
| Telefono |  |
| Indirizzo e-mail |  |

# CHIEDE l’ammissione al #nessunosisalvadasolo.

A tal fine **D I C H I A R A**, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000

1. che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. persone, di cui n.

 minori e n. persone con disabilità;

1. che il nucleo familiare vive in un’abitazione (*barrare l’opzione che ricorre*):

 di proprietà  locazione alloggio pubblico  locazione alloggio privato  comodato uso gratuito  altro

per il quale deve sostenere una spesa fissa mensile di €

1. in caso di mutuo
	* ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo
	* non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo
2. che i componenti il nucleo familiare non sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione superiori ad €.
3. di disporre di depositi bancari/postali pari ad €
4. di essere in possesso di un’attestazione ISEE in corso di validità pari a
5. che il proprio nucleo familiare gode alla data di presentazione della domanda di un’entrata fissa complessiva pari a €
6. di godere della misura pubblica a sostegno del reddito con importo mensile pari a €
7. di essere in attesa di ricevere misura pubblica a sostegno del reddito
8. che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo diocesano **#nessunosisalvadasolo**
9. di non beneficiare alla data di presentazione della domanda di sostegno economico attraverso il Fondo Emergenza Famiglie della Caritas diocesana
10. di essersi rivolto al Centro di Ascolto di

**Dichiara inoltre** di trovarsi attualmente nelle seguenti condizioni sotto evidenziate con una croce:

* perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra dal

(giorno/mese) ………./… ;

* accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra

…………………………………………. dal (giorno/mese) ………./… ;

* cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra dal

(giorno/mese) ………./… ;

* mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici del/la Sig./Sig.ra ………………………………

dal (giorno/mese) ………../ ;

* cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate, del/la Sig./Sig.ra

……………………………………… dal (giorno/mese) ………./… ;

* interruzione/riduzione dell’attività lavorativa non ricompresa in una delle voci precedenti dal (giorno/mese) ………./… ;
* riduzione significativa del reddito familiare per spese straordinarie legate all’emergenza sanitaria (*es. spese funerarie che hanno inciso fortemente, o hanno portato la famiglia all’accensione di un prestito*)

#  Si allega copia documento d’identità in corso di validità

Si autorizza la Caritas Diocesana di Pavia al trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del GDPR Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo.

Luogo e data Firma

*La firma non deve essere autenticata.*

*La presente dichiarazione è esente dall’imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000).*