



# COMUNE DI SPINO D'ADDA

PROVINCIA DI CREMONA

SETTORE SERVIZI SOCIALI, ISTRUZIONE E CULTURA

26016 – P.zza XXV Aprile 2 –  
Tel. 0373 988134 – Fax 0373 980634

E-mail ordinaria: [servizisociali@comune.spinodadda.cr.it](mailto:servizisociali@comune.spinodadda.cr.it)

Pec: [comune.spinodadda@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.spinodadda@pec.regione.lombardia.it)

Sito internet: [www.comune.spinodadda.gov.it](http://www.comune.spinodadda.gov.it)

## **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO PER L'ATTUAZIONE DEL DECRETO RILANCIO - DL 19 MAGGIO 2020 N. 34**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a Spino d'Adda in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO DA N.-----PERSONE  
DI CUI

n.....persone con disabilità (L/104) o invalidità superiore all'80%

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE VIVE IN UN'ABITAZIONE (barrare  
l'opzione che ricorre)

- di proprietà
- in locazione alloggio privato con affitto mensile pari ad euro.....

Stante quanto sopra premesso il sottoscritto CHIEDE, di essere destinatario delle  
risorse di attuazione del Decreto Rilancio – D.L. 19 maggio 2020 N. 34 (barrare  
l'opzione che ricorre):

- Contributo alimentare
- Contributo utenze
- Contributo affitto (da accreditare direttamente al proprietario)

DA ACCREDITARE SUL CC N. \_\_\_\_\_

**Si dichiara che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato analogha richiesta.**

Si autorizza al trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR)

Luogo e data.....

Firma.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza 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, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L’amministrazione comunale si riserva di chiedere documentazione attestante quanto dichiarato

Luogo e data.....

Firma.....

**ALLEGARE:**

- DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’ DEL RICHIEDENTE
- CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE
- ISEE IN CORSO DI VALIDITA’ DEL NUCLEO FAMILIARE
- COPIA ULTIMO PAGAMENTO UTENZA DOMESTICA LUCE, GAS O ACQUA (solo per chi fa richiesta di contributo utenze)
- COPIA CONTRATTO LOCAZIONE CON RICEVUTA DI REGISTRAZIONE (solo per chi fa richiesta di contributo affitto)

IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO ALLA SEGUENTE E-MAIL [sostegni@comune.spinodadda.cr.it](mailto:sostegni@comune.spinodadda.cr.it)

Riceverete un’email di conferma da parte del comune dell’avvenuta ricezione della domanda presentata.

Oppure consegnato a mano all’ufficio servizi sociali il martedì mattina dalle ore 9.00 alle ore 12.00

La richiesta verrà protocollata.