



AL RESPONSABILE DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO A

DOMANDA EROGAZIONE DI MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA' "PACCO ALIMENTARE"

Da compilare (allegato A e B) e protocollare dal 06/03/2023 fino al 27/03/2023 alle ore 12:00 presso l'Ufficio Protocollo sito in Piazza IV Novembre

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ VIA _____

C.F. _____ RECAPITI TELEFONICI _____

DICHIARA

- CITTADINANZA:
 - Italiana
 - Comunitaria
 - Extracomunitari con regolare permesso di soggiorno (allega copia documento)
- COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE N. _____;
- MINORI PRESENTI NEL NUCLEO FAMILIARE N. _____;

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	PROFESSIONE

- PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI PERSONE CON RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' PARI O SUPERIORE A 74% (Legge n. 104/1992 art.3 c.3) **(allega copia invalidità e/o legge 104)**
- NUCLEO ANAGRAFICO COMPOSTO ESCLUSIVAMENTE DA PERSONE CON UN'ETÀ MAGGIORE O UGUALE A 65 ANNI



- FAMIGLIA MONOGENITORIALE (PRESENZA DI UN SOLO GENITORE NEL NUCLEO FAMILIARE A CAUSA DI VEDOVANZA, SEPARAZIONE, DIVORZIO, DETENZIONE, RICONOSCIMENTO DA PARTE DI UN SOLO GENITORE)

ATTUALE OCCUPAZIONE LAVORATIVA:

- OCCUPATO PRESSO _____ (allega copia ultima busta paga)
- DISOCCUPATO/INOCCUPATO DI LUNGA DURATA
- PERCETTORE RDC O ALTRI SOSTEGNI PARI AD € _____ MENSILI

I.S.E.E

- Attestazione in corso di validità pari ad €..... (se ne allega copia)

Il sottoscritto è altresì a conoscenza che possono essere eseguiti controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni rese, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000. – ai sensi del Regolamento Comunale di interventi di assistenza economica. Il sottoscritto è a conoscenza che il Servizio sociale utilizzerà la presente autocertificazione ai fini di una valutazione complessiva della situazione economica del nucleo, valutazione finalizzata alla formulazione del progetto di intervento. Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale che si assume, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, per falsità in atti mendaci, dichiara di aver compilato correttamente questo modulo, dichiara inoltre, di essere a conoscenza che sui suoi dati dichiarati potranno essere effettuati dei controlli di veridicità.

SPONTANEAMENTE DICHIARO di autorizzare, secondo quanto previsto ex D.Lgs.n.196/03, il trattamento dei miei dati personali.

SI ALLEGA, pena di esclusione:

- Isee in corso di validità
- Copia documento di riconoscimento e codice fiscale
- Allegato B- Modulo aggiuntivo
- Copia certificazione di invalidità e/o Legge 104 art.3 c.3

Data _____

Firma _____