 C O M U N E D I P O Z Z U O L I

*Città Metropolitana di Napoli*

SERVIZI DI PROTEZIONE SOCIALE

PROGETTO “**BANCO ALIMENTARE:** *Condividere i bisogni per condividere il senso della vita” Anno2020*

Il /La Sottoscritto /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Pozzuoli alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di accedere al beneficio di cui al progetto: **“Banco Alimentare: “Condividere i bisogni per condividere il senso della vita “** (distribuzione generi alimentari di prima necessità)

 **DICHIARA**

* *di essere intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare*
* *che il proprio nucleo familiare è composto da n.\_\_\_ componenti*
* *di essere in stato di bisogno con ISEE pari ad €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* *di non ricevere sostegni economici dai familiari tenuti agli alimenti (art. 433 del Codice Civile)*
* *di non beneficiare ne' il dichiarante ne' altro componente del nucleo familiare di misure equivalenti di sostegno da parte di altri Enti pubblici o privati (Parrocchie, associazioni di assistenza ecc )*
* *di non possedere ne' il dichiarante, ne' altro componente della famiglia, autoveicoli o motocicli di recente immatricolazione ( non successiva al 2009 ) o auto di cilindrata superiore ai 110 CC o motocicli di cilindrata superiore ai 125 CC*
* *che la propria condizione abitativa è : Fatiscente \_\_\_\_\_ precaria \_\_\_\_ Non Autonoma \_\_\_\_\_\_\_*
* *che nel proprio nucleo familiare è presente soggetto con patologia invalidante*

(*Indicare con una x la voce che interessa )*

 **ALLEGA**

* Copia documento di identità in corso di validità
* Certificato ISEE in corso di validità relativo all’anno di riferimento
* altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si autorizza ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali.*

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_