

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 Anno 2024***

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) **al fine,** ai sensi degli articoli 46, 47 e 77-bis del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo d.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

# DICHIARA

* ISEE pari a 0
* ISEE fino a 5.000,00 euro
* presenza di componente sottoposto a detenzione o misure cautelari
* Assenza di lavoro
* Immigrato da almeno tre anni con necessità di integrazione sociale
* Presenza di patologie certificate come invalidanti
* Assenza di indennità prevista dalla legge (quali assegni familiari ai nonni, assegno per nucleo familiare con tre figli a carico)
* Mancanza di una propria autonomia abitativa o presenza di sfratto
* Abitazione fatiscente
* Assenza del beneficio del Reddito di Cittadinanza e/o di qualsiasi altra forma di sostegno al reddito.
* Presenza di minori
* Altro

# ALLEGA

* Copia documento di identità in corso di validità
* Certificato ISEE in corso di validità relativo all’anno 2024
* Certificato di invalidità e/o disabilità, se in possesso
* 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