# AL COMUNE DI ERCOLANO

# AMBITO N29

# SETTORE POLITICHE SOCIALI

**MODELLO DI DOMANDA PER L’ACCESSO AL “PACCO ALIMENTARE”**

**PROGETTO “CONDIVIDERE I BISOGNI PER CONDIVIDERE IL SENSO DELLA VITA”**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE E FAMILIARI DEL NUCLEO FAMILIARE PER L’AMMISSIONE AL BENEFICIO DEL “BANCO ALIMENTARE”**

Il/La sottoscritto/a \_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede di poter partecipare all’avviso pubblico per l’ammissione al beneficio del pacco alimentare.

*Al tal fine, dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445\*:*

1. di essere residente nel Comune di Ercolano;
2. di avere un ISEE inferiore a € 8.276,88 (ISEE Ordinario o Standard) in corso di validità e specificatamente di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. che nello Stato di famiglia anagrafico del beneficiario risultano n. \_ persone di cui: n. \_ minori tra 0-3 anni

n. minori tra 4-17 anni

n. adulti di età superiore ai 18 anni

1. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. soggetti con disabilità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L.104/92, con % di invalidità pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. che nel proprio nucleo familiare:

* ci sono □ non ci sono percettori di Reddito di Cittadinanza

specificare l’ammontare del RdC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati Anagrafici del richiedente:

Cognome

Nome

Comune o stato Estero di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.

Data di nascita Indirizzo di residenza

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre, in caso di ammissione al beneficio del “pacco alimentare” di essere impossibilitato al ritiro e di voler delegare:

Dati Anagrafici del delegato al ritiro:

Cognome

Nome

Comune o stato Estero di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.

Data di nascita Indirizzo di residenza

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega alla presente, pena la non ammissibilità:

1. **Fotocopia di un valido documento di identità del richiedente**
2. **Fotocopia di un valido documento di identità del delegato/a al ritiro**
3. **Fotocopia di un valido documento di identità del delegato/a alla trasmissione dell’istanza**

**Delega alla trasmissione dell’istanza**

1. Il sottoscritto delega alla presentazione e/o trasmissione della presente domanda:
2. [ \_ ] il Centro di assistenza Fiscale/ ……………….……………con sede in……………………..
3. P.IVA…………………………………...
4. [ \_ ] il signor
5. ……………………………………………………………………………………...
6. Firma del delegante Timbro e firma del delegato

\*Il/ La sottoscritto/a dichiara inoltre:

di essere a conoscenza del fatto che l’Amministrazione Comunale si riserva di verificare la veridicità delle informazioni rese e provvederà alla revoca del beneficio concesso in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi;

Il Comune garantisce l’assoluto rispetto delle norme per l’utilizzo dei dati riguardanti il dichiarante, acquisiti e conservati nei propri archivi ai sensi del Dlgs. 196 del 30/06/2003.

Nel caso si verifichi un qualsiasi cambiamento rispetto alla situazione dichiarata al momento della presentazione della domanda, il richiedente ha l’obbligo di informare tempestivamente l’ufficio competente.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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