

PROGETTO
“1 PACCHETTO ALIMENTARE X TUTTI 2021:
AREA SIBILLINI”
DOMANDA di PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO

Il sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
residente a _____ via/p.zza _____
dalla data _____ Codice Fiscale _____
tel./cell. _____ e-mail _____
pec _____

CHIEDE

l’ammissione al beneficio previsto dal progetto.

A conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del d.p.r n. 445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA:

(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all’Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea e di possedere il permesso di soggiorno (d.lgs. n. 286/98 e s.m.i.):
estremi del permesso di soggiorno: n. rilasciato il.....
scadenza il (da allegare alla domanda);

- che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone come di seguito indicato:
 - 1) capo famiglia _____ nato a _____
il _____
 - 2) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____
 - 3) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____
 - 4) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____
 - 5) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____
 - 6) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____
 - 7) _____ nato a _____
il _____ c.f. _____

- che l’ISEE 2021 del nucleo familiare è pari ad €..... (allegare dichiarazione I.S.E.E. o D.S.U.);

- che il sottoscritto o altro membro del nucleo familiare considerato nell'ISEE, è possessore dei seguenti beni:
 - n. auto, modello..... Immatricolata.....
 - n. auto, modello..... Immatricolata.....
 - Altro veicolo.....

- Di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni:
 - Famiglia mono genitoriale (presenza di un unico genitore nel nucleo familiare per stato di vedovanza, morte, separazione, divorzio, irreperibilità certificata, mancato riconoscimento del figlio da parte di uno dei due genitori);
 - Presenza di bambini sotto i 6 anni di età;
 - Persone sole;
 - Assenza di rete familiare o stato di emarginazione e solitudine (verificato dai Servizi Sociali comunali)
 - Presenza soggetti disabili;
 - Presenza anziani (over 65 anni);
 - Di ricevere già aiuti da parte di
.....
(indicare denominazione Associazione, Parrocchia etc...);
 - Che l'aiuto ricevuto riguarda
.....
(indicare il tipo di aiuto: es. cibo, vestiario, denaro etc...)
 - Che l'aiuto è ricevuto con la frequenza:
 - 1 volta a settimana (tipo di aiuto
 - 1 volta ogni 2 settimane (tipo di aiuto
 - 1 volta al mese (tipo di aiuto.....)
 - altro

Data _____

IL/LA DICHIARANTE (firma per esteso e leggibile)

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 Dlgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679): i dati contenuti nella presente comunicazione saranno utilizzati esclusivamente per le funzioni istituzionali e per quanto derivante da espresse disposizioni di legge. I dati forniti, nel rispetto della privacy, saranno verificati con gli archivi delle Associazioni/Parrocchie che erogano aiuti uguali o paragonabili ai benefici del presente progetto.

La dichiarazione è valida fino a 31/12/2021