

**AL COMUNE DI ALVIGNANO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER L'AMMISSIONE AL PROGETTO DI LOTTA ALLA POVERTÀ MEDIANTE DISTRIBUZIONE DI GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITÀ IN FAVORE DI FAMIGLIE RESIDENTI NEL COMUNE DI ALVIGNANO - ANNO 2026.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Provincia (____) il _____ C.F. _____ residente in _____
_____ alla via _____ n. _____ cap _____ provincia
(____) professione _____ telefono _____
e-mail _____

CHIEDE

Per il proprio nucleo familiare i prodotti alimentari, donate per il tramite del Banco Alimentare Opere delle Carità dal Comune di Alvignano a titolo gratuito e senza alcuna forma di contribuzione.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare è in possesso di un Isee in corso di validità pari ad € _____
- che oltre il sottoscritto il nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ (____) il _____ C.F. _____
Residente in _____ (____) alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ (____) il _____ C.F. _____
Residente in _____ (____) alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ (____) il _____ C.F. _____
Residente in _____ (____) alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ (____) il _____ C.F. _____
Residente in _____ (____) alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ () il _____ C.F. _____
Residente in _____ () alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ () il _____ C.F. _____
Residente in _____ () alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
_____ () il _____ C.F. _____
Residente in _____ () alla via _____ n. _____
Telefono _____ grado di parentela/legame _____

- di non percepire analogo sussidio da parte di altri Organismi, Enti religiosi e/o Associazioni del territorio.
- che nel proprio nucleo familiare è presente il seguente componente diversamente abile (**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI PRESENZA DI COMPONENTI DIVERSAMENTE ABILI**)

Alla presente richiesta si allega:

- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- ISEE in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. (solo in caso di ISEE pari a 0,00);
- Fotocopia permesso di soggiorno o carta di soggiorno per i cittadini di Stati aderenti e non aderenti all'UE ma con permesso di soggiorno o carta di soggiorno (ai sensi del D.lgs 286/98 così come modificato dalla Legge 30/07/2002 n. 189) del richiedente;
- Eventuale delega di ritiro del "Pacco alimentare" in caso di impedimento da parte del beneficiario, corredata della copia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato
- In presenza di soggetti diversamente abili, copia della documentazione rilasciata da apposite strutture;

FIRMA

Data _____

TRATTAMENTO DEI DATI

Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (Regolamento U.E. 679/2016) si rende noto che tutti i dati personali comunicati dai richiedenti saranno trattati in modalità cartacea e/o informali, nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente procedura.

Data _____

FIRMA
