

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” Anno2021*

## 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*
* *di essere residente da almeno un anno sul territorio di Pozzuoli*
* *di essere immigrato da almeno 3 anni con necessità di integrazione sociale*
* *che il proprio nucleo familiare è composto da n.\_\_ componenti, di cui n. \_\_ minori*
* *di essere in stato di bisogno con ISEE non superiore ad € 5.000,00 e pari ad €.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* *la presenza nel nucleo familiare di un componente sottoposto a detenzione o a misure cautelari*
* *l’assenza di lavoro di uno o più componenti del nucleo familiare*
* *l’assenza di indennità previste dalla legge (Assegni familiari maternità, assegno per nucleo familiare con 3 figli a carico)*
* *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 etc)*
* *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*
* *la mancanza di una propria autonomia abitativa*
* *la presenza di sfratto*
* *che la propria condizione abitativa è: Fatiscente*

Precaria

Non Autonoma

* *assenza del beneficio del Reddito di Cittadinanza o qualsiasi altra forma di sostegno al reddito*
* *che nel proprio nucleo familiare è presente soggetto con patologia certificata come 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
* Certificato di invalidità e/o disabilita, 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