

C O M U N E D I P O Z Z U O L I

Città Metropolitana di Napoli

SERVIZI DI PROTEZIONE SOCIALE

Al Comune di Pozzuoli

Servizio Politiche Sociali

Via Quinto Fabio Massimo

rione Toiano

Pozzuoli

**DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL PROGETTO “*BANCO ALIMENTARE: Condividere i bisogni per condividere il senso della vita Anno 2023”***

## 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

* ***di essere intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare***
* ***di essere residente da almeno un anno sul territorio di Pozzuoli***
* ***che il proprio nucleo familiare è composto da n.\_\_\_ componenti***
* ***di essere in stato di bisogno con ISEE pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_***
* ***la presenza di componente del nucleo familiare sottoposto a detenzione o misure cautelari***
* ***l’assenza di lavoro***
* ***di essere immigrato da almeno tre anni con necessità di integrazione sociale***
* ***la presenza di patologie certificate come invalidanti***
* ***l’assenza di indennità prevista dalla legge (quali assegni familiari ai nonni, assegno per nucleo familiare con tre figli a carico)***
* ***la mancanza di una propria autonomia abitativa o presenza di sfratto***
* ***di vivere in abitazione fatiscente***
* ***l’assenza del beneficio del Reddito di Cittadinanza e/o di qualsiasi altra forma di sostegno al reddito***
* ***la presenza di minori nel nucleo familiare***
* ***di essere a conoscenza che l’Amministrazione si riserva di verificare la veridicità delle informazioni rese e provvederà alla revoca del beneficio in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi***
* ***Altro (specificare)***

# ALLEGA

## Copia documento di identità in corso di validità

* Certificato ISEE in corso di validità relativo all’anno 2023
* Certificato di invalidità e/o disabilità, se in possesso

## altro (specificare)

## Il Comune garantisce il rispetto delle norme per l’utilizzo dei dati riguardanti il dichiarante, acquisiti e conservati nei propri archivi ai sensi del vigente D. Lgs. 196/2003

## Pozzuoli, li

## FIRMA

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_