

SCADENZA: ORE _____ DEL GIORNO _____

AL COMUNE DI BELLIZZI
Area P.I., Cultura,
Servizi Demografici e Servizi alla Persona

OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL BENEFICIO DEL SOSTEGNO ALIMENTARE GRATUITO PER L'ANNO 2019 – "PROGETTO CONDIVIDERE I BISOGNI PER CONDIVIDERE IL SENSO DELLA VITA".

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____ residente a Bellizzi (SA) Via _____
_____, N. _____, tel. _____ cell. _____

valendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle pene previste dall'art. 76 del suddetto Decreto e della decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci non veritiere, a norma dell'art. 75 stesso Decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla delibera di G.C. n. 143 del 18.12.2018, nonché dell'avviso pubblicato dal Comune di Bellizzi in data _____;
- 2) di essere a conoscenza e di accettare tutto quanto contenuto nel suddetto avviso e nella delibera di G.C. suindicata;
- 3) di essere residente, unitamente al proprio nucleo familiare, nel Comune di Bellizzi alla data di pubblicazione dell'avviso di cui sopra;
- 4) che il numero di protocollo dell'Attestazione ISEE, in corso di validità, è il seguente: Prot. n. _____ del _____, e che dalla suddetta Attestazione risultano i seguenti valori: ISE € _____, ISEE € _____;
- 5) che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti;
- 6) che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato né presenterà richiesta per l'ammissione al beneficio del pacco alimentare per l'anno 2019;
- 7) di essere a conoscenza del fatto che sulle richieste pervenute saranno effettuati controlli e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici conseguiti, fermo restando le denunce alle Autorità competenti;
- 8) di impegnarsi, qualora beneficiario della presente iniziativa, a non ritirare, contemporaneamente, altri pacchi alimentari messi a disposizione dal Banco Alimentare e distribuiti da altri Enti e/o Associazioni di qualunque genere;
- 9) di impegnarsi a informare tempestivamente l'ufficio Servizi Sociali nel caso si verifichi un qualsiasi cambiamento rispetto alla situazione dichiarata al momento della presentazione della presente domanda;
- 10) di essere cittadino italiano e/o comunitario;
 di essere cittadino extracomunitario in possesso di:
 carta di soggiorno rilasciata da _____ il _____;
 permesso di soggiorno rilasciato da _____ il _____;
 ricevuta della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno.
 che il proprio nucleo familiare è monogenitoriale;
 che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ disabili con percentuale di invalidità superiore ai 2/3.

Pertanto,

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di distribuzione di pacchi alimentari gratuiti per l'anno 2019 alle condizioni tutte previste dall'avviso pubblicato in data _____ dal Comune di Bellizzi.

Allega alla presente:

fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità;

(SOLO PER I CITTADINI EXTRACOMUNITARI):

fotocopia carta di soggiorno;

fotocopia permesso di soggiorno;

fotocopia ricevuta della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003, "codice in materia dei dati personali", autorizza il Comune di Bellizzi al trattamento dei dati sopra riportati e dichiara di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del summenzionato D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 spettanti.

Data _____

FIRMA _____

N.B.: LA MANCANZA DELLA FIRMA IN CALCE AL PRESENTE MODELLO COSTITUISCE MOTIVO DI ESCLUSIONE.