

**PROGETTO “1 PACCHETTO ALIMENTARE X TUTTI”
2025**

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 2024 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 dell'Unione Montana dei Sibillini)
 - Presenza soggetti disabili;
 - Presenza anziani (over 65 anni);
- Di ricevere già aiuti di altro tipo da parte di
- (indicare denominazione Associazione, Parrocchia, etc...);
- Che l'aiuto ricevuto riguarda
- (indicare il tipo di aiuto: es. vestiario, denaro, sostegno psicologico, 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)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 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 31/12/2025