



COMUNE DI SANDONATO DI NINEA

PROVINCIA DI COPENZA

C.A. P.87010 - C.C.P. 11211877 C.F. E.P. N.A. 00398580787

Centralino 098463011 Fax 098463051

sito internet: <http://www.comune.sandonatodininea.cs.it>

e-mail municipio@comune.sandonatodininea.cs.it e-mail P.E.C.: protocollo.sandonatodininea@asmepec.it

AREA AMMINISTRATIVA-AA.GG.

Servizi Sociali

Al
Signor Sindaco
Comune di
San Donato di Ninea

Oggetto. Istanza per l'iscrizione nell'elenco per l'accesso ai benefici del Banco Alimentare.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____

IL _____, RESIDENTE IN _____ VIA/P.ZZA _____

CODICE FISCALE _____ TEL/CELL. _____

EVENTUALE INDIRIZZO MAIL _____

in possesso dei requisiti soggettivi per la partecipazione,

CHIEDE

di essere ammesso/ammessa ai benefici del Banco Alimentare.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni in caso di falso a norma della art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

che il proprio nucleo familiare si compone per come di seguito indicato:

C F _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

... _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

... _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

... _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

... _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

... _____ nato a _____ il _____ c.f. _____

Dichiara altresì

DI AVERE CITTADINANZA ITALIANA
DI AVERE CITTADINANZA DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA
DI AVERE CITTADINANZA DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA E DI
POSSEDERE PERMESSO O CARTA DI SOGGIORNO (D.Lgs. n. 286/98 e succ. modif. ed integraz.)
ESTREMI DEL PERMESSO DI SOGGIORNO: N. _____ RILASCIATO IL _____
SCADENZA IL _____ (DA ALLEGARE ALLA DOMANDA).

DI AVERE LA PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DEI SEGUENTI COMPONENTI:

DA 0 A 3 ANNI N. _____

DA 4 A 17 ANNI N. _____

DA 18 ANNI IN POI N. _____

CHE IL REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE (VALORE ISE) E' PARI AD € _____

DI AVERE UN VALORE ISEE PARI A € _____

(ALLEGARE DICHIARAZIONE ISE /ISEE ALLA PRESENTE DOMANDA);

DERIVANTE DA:

LAVORO

PENSIONE

Se si è barrato la sezione LAVORO indicare la specifica sotto riportata:

LAVORO AUTONOMO

LAVORO DIPENDENTE

TEMPO DETERMINATO

TEMPO INDETERMINATO

Altro Specificare _____

DI AVERE ALL'INTERNO DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SOGGETTO RICONOSCIUTO NON
AUTOSUFFICIENTE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992, per come da documentazione allegata alla
presente.

CHE i seguenti componenti DEL NUCLEO FAMILIARE SONO IN STATO DI DISOCCUPAZIONE e
REGOLARMENTE ISCRITTI AL CENTRO PER L'IMPIEGO: _____

Che nel nucleo familiare è presente UN SOLO GENITORE NEL NUCLEO FAMILIARE (INDICARE LA
CAUSA): _____

DI TROVARSI IN STATO DI EMARGINAZIONE E SOLITUDINE CON L'ASSENZA DI FAMILIARI CHE SI
POSSONO PRENDERE CURA DELLA MIA PERSONA (INDICARE SI O NO) _____

DATA _____

IL DICHIARANTE _____

(La presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto. In caso di invio a mezzo posta, o fax o consegna tramite un incaricato, la dichiarazione deve essere sottoscritta e accompagnata da fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art.13 Dlgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati contenuti nella presente comunicazione, saranno utilizzati esclusivamente per le funzioni istituzionali e per quanto derivante da espresse disposizioni di legge, è esclusa la loro diffusione o comunicazione al di fuori dei casi previsti dalla legge.