

**MODULO DI DOMANDA PER IL PROGETTO “CONDIVIDERE I BISOGNI PER  
CONDIVIDERE IL SENSO DELLA VITA – PACCO ALIMENTARE” – ANNUALITA’ 2024**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L’ EROGAZIONE DEL PACCO ALIMENTARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento: tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_  
con recapito cellulare (obbligatorio) \_\_\_\_\_ indirizzo mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter accedere al progetto “Condividere i bisogni per condividere il senso della vita – Pacco Alimentare” – annualità 2024**

*A tal fine consapevole delle conseguenze penali a cui può andare incontro previste in caso di dichiarazioni mendaci leg. n. 445/2000 e sulla decadenza del beneficio eventualmente conseguito*

**DICHIARA, PER SÉ E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, QUANTO SEGUE:**

- che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare riceve il medesimo sostegno di cui alla presente domanda da altri Enti e/o Organismi del 3° Settore;
- di avere un indicatore ISEE (ISEE 2024 o ISEE CORRENTE VALIDO) che non supera i \_\_\_\_\_ 9360,00 \_\_\_\_\_ €
- di aver preso visione dell’Avviso pubblico e dei relativi criteri di ammissione al beneficio e di accettarlo integralmente;
- che il proprio nucleo familiare, così come da stato di famiglia alla data di presentazione della domanda, è formato da n \_\_\_\_\_ persone di seguito elencate:

**(richiedente)**

1) nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. ( )  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**(familiari)**

2) nome e cognome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

3) nome e cognome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

4) nome e cognome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

CONDIZIONI FAMILIARI MASSIMO 20 PUNTI

DESCRIZIONE	PUNTI
n. 1 componente	1
Fino a n. 3 componenti	5
Fino a n. 5 componenti	10
Oltre n. 5 componenti	15
Componente 0-6 anni	+ 2,5

- di avere un indicatore ISEE (ISEE 2024 o ISEE CORRENTE VALIDO) che non supera i \_\_\_\_\_ 9360,00 \_\_\_\_\_ € e il cui valore è di \_\_\_\_\_ €

VALORE ISEE MASSIMO 20 PUNTI

DESCRIZIONE	PUNTI
Da € 0 a € 2500,00	20
Da € 2500,01 a € 5000,00	15
Da € 5000,01 a € 7500,00	10
Da € 7500,01 a € 9360,00	5

**In caso di parità nel punteggio, si dà precedenza alle pratiche sottomesse prima temporalmente.**

**INFINE, DICHIARA:**

- Di voler ricevere la **domanda in formato pdf**, le comunicazioni inerenti il bonus al numero di cellulare \_\_\_\_\_ e/o all'indirizzo mail \_\_\_\_\_ sopra indicati.
- Inoltre **CONFERMA** di voler ricevere il **codice OTP** a mezzo SMS/WhatsApp al numero di cellulare \_\_\_\_\_ e/o a all'indirizzo mail \_\_\_\_\_ sopra indicati.

Il sottoscritto **DICHIARA** inoltre di essere consapevole delle responsabilità civili e penali, sulla base della legislazione vigente, di una falsa dichiarazione e che essa comporterà altresì l'esclusione dai benefici conseguiti (artt. 46 e 47 del DPR 445/2000); di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Data

Firma