



COMUNE DI ALTOFONTE

CITTA' METROPOLTANA DI PALERMO

OGGETTO: Domanda di ammissione al Progetto Banco Alimentare” Lotta alla Povertà” - Anno 2024

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
(per gli stranieri indicare lo stato di nascita)

residente nel Comune di Altofonte in Via _____ N. _____

Tel. _____ (Cell.) _____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Visto l'Avviso pubblico Progetto Banco alimentare “Lotta alla Povertà” per l'anno 2024

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio consistente nella distribuzione mensile di pacchi alimentari in favore dei nuclei familiari residenti nel territorio comunale.

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di essere residente nel Comune di Altofonte da almeno 1 anno alla data di emanazione dell'Avviso pubblico;
- Attestazione I.S.E.E rilasciata nell'anno 2024 entro € 6000,00;
- di trovarsi in condizione di disagio economico e sociale;
- di non beneficiare di sostegno alimentare presso altri Enti e/o Associazioni (es. Caritas);

- di essere a conoscenza che:
 - a) il venir meno dei requisiti richiesti durante il periodo di erogazione comporta la decadenza dal beneficio;
 - b) in caso di impossibilità personale al ritiro potrà delegare unicamente persona maggiorenne appartenente al nucleo familiare;
 - c) il mancato ritiro delle derrate alimentari per due volte consecutive comporterà l'esclusione dalla graduatoria;
 - d) il Comune di Altofonte espletterà controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n°445;
 - e) ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti con la presente dichiarazione, saranno trattati dal Comune di Altofonte, Settore Solidarietà Sociali, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e pertanto autorizza il Comune di Altofonte al trattamento dei dati personali, ai sensi della citata normativa.

Allega alla presente (barrare la casella interessata):

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del richiedente;
- Attestazione ISEE rilasciata nell'anno 2024 in corso di validità.

Altofonte, li _____ (Firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' CONCERNENTE LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CON L'INDICAZIONE DEI RAPPORTI DI PARENTELA
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
(per gli stranieri indicare lo stato di nascita)

residente nel Comune di Altofonte in Via _____ N. _____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

DICHIARA

A. che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	Relazione di parentela	Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data	
1	Dichiarante				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Di essere a conoscenza che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti con la presente dichiarazione, saranno trattati dal Comune di Altofonte, Settore Solidarietà Sociali, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e pertanto autorizza il Comune di Altofonte al trattamento dei dati personali, ai sensi della citata normativa.

Altofonte, li _____ (Firma)