



# Comune di Massa di Somma

*Comune del Pomodoro del Piennolo del Vesuvio DOP*

Città Metropolitana di Napoli

[www.comune.massadisomma.it](http://www.comune.massadisomma.it)



**Comune di Massa di Somma (NA)**  
**Al Responsabile del III Settore**  
**dott. Davide NOBLER**

**Oggetto:** richiesta di ammissione al beneficio del “Banco Alimentare” – marzo 2023/febbraio 2024

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Comune o Stato Estero di nascita \_\_\_\_\_,

provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Massa di Somma alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

dopo aver preso visione dell’Avviso Pubblico “BANCO ALIMENTARE” 2023

## **CHIEDE**

di accedere al beneficio del “Banco Alimentare” – anno 2023 con decorrenza 01/03/2023 - 28/02/2024 con esclusione del mese di Agosto 2023.

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità,**

## **DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di Massa di Somma alla data dell’Avviso Pubblico;
- che il valore ISEE non è superiore ad €6.000,00;
- che il proprio nucleo familiare è composto di soli anziani con almeno 67 anni e con ISEE non superiore ad €7.560,00;
- di usufruire del beneficio Reddito di Cittadinanza/Pensione di Cittadinanza;
- di non ricevere analogo beneficio da altri Enti e/o Associazioni del territorio;
- di essere nucleo familiare monogenitoriale con figli minori a carico;
- che nello Stato di famiglia anagrafico del beneficiario risultano n. \_\_\_\_\_ persone di cui:
  - o n.\_\_\_\_ minori tra 0-3 anni
  - o n.\_\_\_\_ di età superiore ai 3 anni
  - o n.\_\_\_\_ di età superiore ai 18 anni
  - o n.\_\_\_\_ invalidità civile pari o superiore al 74% per la quale non percepiscono alcun sostegno economico.

che alla data di pubblicazione del presente bando il proprio nucleo familiare è composto:

Cognome	Nome	Data nascita	di	Legame parentela	di	% Invalidità

**Che il proprio nucleo familiare (barrare la casella che interessa):**

- vive in stato di emarginazione e solitudine causa Assenza di Rete familiare;
- che alla data di pubblicazione del presente avviso è titolare di contratto di locazione per uso abitativo, regolarmente registrato, di immobile non di edilizia residenziale pubblica, con canone mensile pari ad € \_\_\_\_\_ (da allegare alla domanda per l'attribuzione del punteggio, in caso contrario non verrà attribuito il punteggio per tale criterio)
- in possesso contemporaneamente dei seguenti requisiti:**
- Invalidità pari o superiore al 74%, per la quale non si percepisce alcun sostegno economico
  - Età pari o superiore ai 67 anni
  - Nucleo familiare composto da un solo componente senza rete familiare/di vicinato/altri organismi
- nucleo con minore gestante;**
- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni a quanto dichiarato nella presente istanza (modifica della composizione del nucleo familiare, recapiti telefonici, indirizzo di residenza, etc);
  - di essere a conoscenza ed accettare quanto previsto dal Bando;
  - **Dichiara**, altresì, di voler delegare al ritiro del sussidio alimentare, nel caso in cui il sottoscritto sia impossibilitato, le seguenti persone :  
(cognome e nome) \_\_\_\_\_ (luogo e data di nascita)

**Si allega alla presente istanza la seguente documentazione (obbligatoria)**

- fotocopia di documento di identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- In presenza di soggetti diversamente abili, copia della documentazione rilasciata dalle apposite strutture;
- Fotocopia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- Copia contratto di locazione (se previsto)
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità della persona espressamente delegata dal richiedente al ritiro del pacco;
- Per i soggetti che percepiscono il Reddito di Cittadinanza o la Pensione di Cittadinanza autocertificazione, mediante la quale si dichiara di essere percettori del beneficio allegando alla dichiarazione copia della carta RdC/Pensione di Cittadinanza;

**Le domande non compilate correttamente in ogni sua parte e/o mancanti dei documenti obbligatori saranno escluse dalla valutazione.**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il sottoscritto **DICHIARA** di essere stato informato sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, che saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Massa di Somma secondo la normativa vigente in materia ed **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali per le finalità legate alla gestione del relativo procedimento e con le modalità di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n.679/2016.

Massa di Somma, lì \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente  
\_\_\_\_\_