



Comune di Massa di Somma

Comune del Pomodorino del Piennolo del Vesuvio



**All'Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di Massa di Somma**

Oggetto: richiesta di ammissione al beneficio del "Banco Alimentare" – marzo 2024 – febbraio 2025.

Nome _____ Cognome _____

Comune o Stato Estero di nascita _____,

provincia di _____ il _____

residente in Massa di Somma alla via _____ n. _____,

CODICE FISCALE _____

Telefono _____, cellulare _____

dopo aver preso visione dell'Avviso Pubblico "BANCO ALIMENTARE" 2024/2025

CHIEDE

di accedere al beneficio del "Banco Alimentare" – anno 2024/2025 con decorrenza 01/03/2024 - 28/02/2025 con esclusione del mese di agosto 2024.

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 solì anziani con almeno 67 anni e con ISEE non superiore ad €7.560,00;
- di usufruire del beneficio Assegno di Inclusione (ADI) e/o Supporto Formazione Lavoro (SFL);
- che il proprio nucleo familiare non riceve analogo beneficio da altri Enti e/o Associazioni del territorio (es. Pacco Alimentare Caritas, distribuzione generi alimentari da Associazioni di volontariato);
- 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
<i>RICHIEDENTE -</i>						

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)

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

Si allega alla presente istanza BAC – 2024/2025 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 del documento di riconoscimento in corso di validità della persona espressamente delegata dal richiedente al ritiro del pacco;
- Per i soggetti che percepiscono l'Assegno di Inclusione (ADI) e/o Supporto Formazione Lavoro (SFL) autocertificazione, mediante la quale si dichiara di essere percettori del beneficio allegando alla dichiarazione copia della carta Assegno di Inclusione/Supporto Formazione Lavoro;

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 modificato con Legge europea n.127/2018.

Massa di Somma, lì _____

Il/La Richiedente
