



Comune di Massa di Somma

Comune del Pomodorino del Piennolo del Vesuvio



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

**Oggetto: Beneficio Banco Alimentare Campania (BAC) marzo 2024 – febbraio 2025 -
Dichiarazione sostitutiva di certificazione circa la fruizione dell'Assegno di Inclusione (ADI)
e/o Supporto Formazione Lavoro (SFL).**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

(Prov. di _____) via _____ - Massa di Somma (NA)

**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

che a decorrere dal mese di _____ anno _____

- percepisce l'Assegno di Inclusione (ADI)**
- percepisce il beneficio Supporto Formazione Lavoro (SFL)**

Massa di Somma, li _____

firma _____

*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.*