

Modello per la dichiarazione anagrafica dei nuclei familiari

Autocertificazione

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
Pr. _____ il _____ C.F. _____ e residente in _____
_____ alla Via _____ n. _____
Cap: _____ Città: _____ Pr.: _____ Professione: _____
Telefono casa: _____ Cellulare: _____
E-mail: _____@_____

Il sottoscritto, come sopra generalizzato, consapevole di quanto contenuto dell'art. 76 del TU 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 e 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1 - di ricevere esclusivamente prodotti alimentari, donati per il tramite dal Banco delle Opere di Carità, per sé e per la propria famiglia dall'Ente _____ a titolo gratuito e senza alcuna forma di contribuzione,

2 - che il proprio nucleo familiare oltre al sottoscritto è composto dalle seguenti persone:

Coniuge: _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Figlio/a: nome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Figlio/a: nome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Figlio/a:nome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Figlio/a:nome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Figlio/a:nome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via o piazza _____ n. _____ Cap: _____
Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

3- Eventuali persone a carico:

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il _____ C.F. _____ residente
in _____ alla via o piazza _____ n. _____
Cap: _____ Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ il _____ C.F. _____ residente
in _____ alla via o piazza _____ n. _____
Cap: _____ Città: _____ Pr.: _____ cell: _____

Si allega alla presente richiesta:

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del C.F. del richiedente.
- Fotocopia dei documenti di riconoscimento e C.F. delle persone su indicate maggiorenni, per i minorenni solo C.F.
- Almeno uno dei seguenti documenti:
 - fotocopia del modello ISEE *
 - attestazione di accertata condizione di indigenza da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza;
 - attestazione INPS del riconoscimento del beneficio del Reddito di cittadinanza;
 - attestazione da parte dell'OpT di accertata condizione di indigenza, redigendo un verbale di visita domiciliare, di cui si fornisce un modello (**Allegato 5**)**
 - se non ricorrono i casi sopra indicati, è necessaria l'attestazione dell'Organizzazione partner di accertata condizione di indigenza e di urgenza degli interventi di distribuzione alimentare. L'attestazione in tal caso è valida per un anno
 - Autorizzazione modello Privacy. (Modello 13.2)

Data

____/____/____

Firma

*se ISEE < € 6.000, non è necessaria ulteriore documentazione; nel caso di nuclei familiari di soli anziani con almeno 67 anni, la soglia è incrementata a € 7.560;

**se ISEE compreso tra € 6.000 e € 9.360 (nel caso dei nuclei di soli anziani, tra € 7.560 e € 9.360)