

Amministrazione destinataria

Comune di Recanati

Ufficio destinatario

Servizi Sociali, Pubblica Istruzione e

Politiche Giovanili

Domanda di accesso al servizio Social Food

Il sottoscritto

Cognome

Nome

Codice Fiscale**Data di nascita**

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza**Residenza**

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare**Telefono fisso****Posta elettronica ordinaria****Posta elettronica certificata**

CHIEDE

l'ammissione al beneficio alimentare previsto dal progetto Social Food.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☐ di essere cittadino italiano
- ☐ di essere cittadino di uno stato appartenente all'Unione Europea
- ☐ di essere cittadino di uno stato non appartenente all'Unione Europea e di possedere il permesso di soggiorno

Estremi del permesso di soggiorno

Numero

Data di rilascio**Data di scadenza**

- ☐ di essere cittadino di uno stato non appartenente all'Unione Europea e di possedere la carta di soggiorno

Estremi del permesso di soggiorno

Numero

Data di rilascio**Data di scadenza**

- ☒ che la composizione del nucleo familiare è la seguente

Cognome

Nome

Codice Fiscale

☒ di essere residente nel comune di Recanati dal

Data di residenza

☒ che l'ISEE dell'anno corrente del nucleo familiare è pari a

Valore ISEE

€

☐ che il sottoscritto o altro membro del nucleo familiare considerato nell'ISEE, è possessore dei seguenti beni

Veicolo

Tipo di veicolo (*)

Targa del veicolo

Modello

Data di immatricolazione

☐ di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni

☐ famiglia mono genitoriale *(presenza di un unico genitore nel nucleo familiare)*

☐ presenza di bambini sotto i 6 anni di età

☐ persone sole

☐ assenza di rete familiare o stato di emarginazione e solitudine *(verificato dai servizi sociali comunali)*

☐ presenza di soggetti disabili

☐ presenza di anziani *(over 65 anni)*

() Automobile, moto o altro (specificare)*

DICHIARA INOLTRE

☐ di aver ricevuto nell'annualità precedente il pacco alimentare sociale Social Food

☐ di non aver ricevuto nell'annualità precedente il pacco alimentare sociale Social Food

☐ di ricevere già aiuti alimentari da parte di

Denominazione dell'associazione, parrocchia o altro ente benefico

con la frequenza di

☐ una volta alla settimana

Tipo di aiuto

☐ una volta ogni due settimane

Tipo di aiuto

☐ una volta al mese

Tipo di aiuto

☐ altro *(specificare)*

Tipo di aiuto

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia della dichiarazione ISEE
 - ☐ permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
 - ☐ copia della carta di soggiorno
 - ☐ documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
 - ☐ altri allegati
- (specificare)*

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.