

## PROGETTO “1 PACCHETTO ALIMENTARE X TUTTI” 2025

### DOMANDA di PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_  
dalla data \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

l’ammissione al beneficio previsto dal progetto.

*A conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del d.p.r n. 445/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità:*

#### DICHIARA:

*(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)*

- 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 (d.lgs. n. 286/98 e s.m.i.):  
estremi del permesso di soggiorno: n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
scadenza il \_\_\_\_\_ (da allegare alla domanda);
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone come di seguito indicato:
  - 1) capo famiglia \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
  - 4) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
  - 5) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
  - 6) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
  - 7) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_
- che l’ISEE 2024 del nucleo familiare è pari ad €..... (allegare dichiarazione I.S.E.E. o D.S.U.);
- che il sottoscritto o altro membro del nucleo familiare considerato nell’ISEE, è possessore dei seguenti beni:
  - n. .... auto, modello..... Immatricolata.....
  - n. .... auto, modello..... Immatricolata.....
  - Altro veicolo.....

- Di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni:
  - Famiglia mono genitoriale (presenza di un unico genitore nel nucleo familiare per stato di vedovanza, morte, separazione, divorzio, irreperibilità certificata, mancato riconoscimento del figlio
  - da parte di uno dei due genitori);
  - 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 dell'Unione Montana dei Sibillini)
  - Presenza soggetti disabili;
  - Presenza anziani (over 65 anni);
- Di ricevere già aiuti di altro tipo da parte di .....  
(indicare denominazione Associazione, Parrocchia, etc...);
  - Che l'aiuto ricevuto riguarda .....  
(indicare il tipo di aiuto: es. vestiario, denaro, sostegno psicologico, etc...)
  - Che l'aiuto è ricevuto con la frequenza:
    - 1 volta a settimana (tipo di aiuto .....)
    - 1 volta ogni 2 settimane (tipo di aiuto .....)
    - 1 volta al mese (tipo di aiuto.....)
    - altro .....

Data \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE (firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679): i dati contenuti nella presente comunicazione saranno utilizzati esclusivamente per le funzioni istituzionali e per quanto derivante da espresse disposizioni di legge. I dati forniti, nel rispetto della privacy, saranno verificati con gli archivi delle Associazioni/Parrocchie che erogano aiuti uguali o paragonabili ai benefici del presente progetto.*

*La dichiarazione è valida fino a 31/12/2025*