

**PROGETTO “1 PACCHETTO ALIMENTARE X TUTTI”
Seconda Edizione 2026**

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 2026 del nucleo familiare è pari ad €..... (allegare dichiarazione I.S.E.E.);
- 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;
 - Assenza di rete familiare o stato di emarginazione e solitudine (verificato dai Servizi Sociali);
 - Presenza soggetti disabili;
 - Presenza anziani (over 65 anni);
 - Di avere ricevuto finora aiuti 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 31/12/2026

Allegato 15

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO (articoli 46 e 47 d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Regolamento (UE) n. 2021/1057 - Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+). Programma Nazionale (PN) "Inclusione e lotta alla povertà" 2021-2027 - Priorità 3 "Contrasto alla deprivazione materiale - Sostegno degli indigenti a titolo dell'obiettivo specifico di cui all'articolo 4, paragrafo 1, lettera m), del Regolamento FSE+", Obiettivo Specifico (ESO.4.13), Azione di contrasto alla Povertà alimentare.

La sottoscritta/Il sottoscritto.....
C.F. nata/o a(....)il
..... e residente a(....) in via
..... n. di cittadinanza

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale (*ex multis* articoli 483, 495 e 496) e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di versare in una situazione di indigenza attestata da almeno uno dei seguenti requisiti (barrare il requisito pertinente):

- essere in possesso di un'attestazione della condizione di indigenza rilasciata dal Servizio Sociale del Comune di residenza;
- essere in possesso di attestazione INPS del riconoscimento del beneficio dell'Assegno di Inclusione;
- essere in possesso di un valore dell'indicatore di situazione economica equivalente, di seguito ISEE, in corso di validità, non superiore a euro 10.140¹.

¹ Il valore dell'ISEE da non superare, pari ad euro 10.140, è applicabile solo dal 1° gennaio 2025. Per il precedente periodo il valore dell'ISEE da non superare è pari ad euro 9.360.

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

| TOTALE componenti | Suddivisione per genere del totale dei componenti | | | |
|----------------------|---|--------------------------|---|---|
| | maschi | | femmine | |
| _____ | Suddivisione per fasce d'età del totale dei componenti | | | |
| | <18 anni | Da 18 a 29 anni | Da 30 a 64 anni | ≥ 65 anni |
| | Suddivisione per tipologia di destinatari del totale dei componenti | | | |
| | Destinatari con disabilità | Cittadini di Paesi terzi | Destinatari di origine straniera e minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | Destinatari finali senzatetto o di destinatari finali colpiti da esclusione abitativa |
| | | | | |

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali redatta ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 disponibile presso i locali dell'Organizzazione Partner che effettua la distribuzione.

In allegato: copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità o di un documento di riconoscimento equipollente (es. Carta di identità, Passaporto, Permesso di soggiorno).

Luogo e data

IL DICHIARANTE

.....