

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: \_\_\_\_\_

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)