

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI MONOPOLI (BA)

Oggetto: richiesta di ammissione ai benefici del "BANCO ALIMENTARE" della durata di 12 mesi.

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ (per gli stranieri indicare lo stato di nascita),

provincia di _____ il _____ residente in Monopoli alla via _____ n. _____,

CODICE FISCALE _____ Telefono casa _____, cellulare _____

dopo aver preso visione dell'Avviso Pubblico,

CHIEDE

di accedere ai benefici del "BANCO ALIMENTARE" della durata di 1 anno (12 mesi), in considerazione del proprio stato di bisogno economico. **A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità,**

DICHIARA

- 1) di essere **residente nel Comune di Monopoli** alla data dell'Avviso Pubblico;
- 2) che il proprio nucleo familiare (costituito dalla famiglia anagrafica e da tutti i soggetti a carico ai fini IRPEF), è così composto:

Cognome	Nome	Stato Civile	Età	Legame di parentela

- 3) di essere in possesso, alla data dell'Avviso pubblico, della cittadinanza (**barrare la casella che interessa**)
 italiana
 di uno Stato aderente all'Unione Europea (specificare quale) _____
 di uno Stato non aderente all'Unione Europea, ma con permesso di soggiorno o carta di Soggiorno (specificare quale) _____
- 4) che il proprio valore ISEE in corso di validità è pari ad € _____ risultante dall'ultima Dichiarazione reddituale per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (D. Lgs. 109/98 e sue modificazioni)
- 5) di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni a quanto dichiarato nella presente istanza (modifiche della situazione lavorativa del richiedente o di un componente il nucleo familiare, modifiche del numero dei componenti, modifiche dei recapiti telefonici, ecc....);
- 6) di non essere fruitore del servizio mensa sociale operante nel Comune di Monopoli o di esprimere con la presente istanza rinuncia al medesimo servizio;

7) di essere a conoscenza ed accettare quanto previsto nell'Avviso Pubblico;

Dichiara, altresì, di voler delegare al ritiro del sussidio alimentare, nel caso in cui il sottoscritto sia impossibilitato, le seguenti persone :

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)
- 1 - _____	- _____
- 2 - _____	- _____
- 3 - _____	- _____

Si allega alla presente istanza la seguente documentazione (**obbligatoria**)

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
2. copia del documento di riconoscimento in corso di validità della persona espressamente delegata dal richiedente al ritiro del pacco;
3. attestazione ISEE in corso di validità risultante dall'ultima dichiarazione reddituale per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (D. Lgs. 109/98 e sue modificazioni);;
4. copia carta di soggiorno per i cittadini extracomunitari di lunga durata.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il sottoscritto **DICHIARA** di essere stato informato sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, che saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Monopoli secondo la normativa vigente in materia ed **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali per le finalità legate alla gestione del relativo procedimento e con le modalità di cui al D. Lgs. n. 196/2003.

Monopoli, li _____

Il Richiedente

(Firma leggibile)

N.B. Le domande non compilate correttamente in ogni sua parte e/o mancanti dei documenti obbligatori saranno escluse dalla valutazione.