



**COMUNE DI BELLIZZI**  
Provincia di Salerno

All'Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Richiesta di ammissione al beneficio del sostegno alimentare gratuito per l'anno 2025 – “Progetto condividere i bisogni per condividere il senso della vita”.**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ e  
residente a Bellizzi (SA), in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_,

valendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle pene previste dall'art. 76 del succitato Decreto e della decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci non veritiere, a norma dell'art. 75 stesso Decreto, sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dall'avviso pubblico indetto dal Comune di Bellizzi per l'anno 2025;
- di essere a conoscenza e di accettare tutto quanto contenuto nel suddetto avviso;
- di essere residente, unitamente al proprio nucleo familiare, nel Comune di Bellizzi alla data di pubblicazione dell'avviso di cui sopra;
- che il numero di protocollo dell'Attestazione ISEE, in corso di validità, è il seguente: Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e che dalla suddetta Attestazione risultano i seguenti valori: ISE € \_\_\_\_\_, ISEE € \_\_\_\_\_;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ componenti;
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato né presenterà richiesta per l'ammissione al beneficio del pacco alimentare per l'anno 2025;
- di essere a conoscenza del fatto che sulle richieste pervenute saranno effettuati controlli e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici conseguiti, fermo restando le denunce alle Autorità competenti;
- di impegnarsi, qualora beneficiario della presente iniziativa, a non ritirare, contemporaneamente, altri pacchi alimentari messi a disposizione dal Banco Alimentare e distribuiti da altri Enti e/o Associazioni di qualunque genere;
- di impegnarsi a informare tempestivamente l'Ufficio Servizi Sociali nel caso si verifichi un qualsiasi cambiamento rispetto alla situazione dichiarata al momento della presentazione della presente domanda;

#### DICHIARA altresì

- di essere cittadino italiano e/o comunitario;
- di essere cittadino di Stato NON appartenente all'UE in possesso del seguente titolo: \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- che il proprio nucleo familiare è monogenitoriale;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ disabili con percentuale di invalidità superiore ai 2/3.

#### CHIEDE

l'ammissione al beneficio del sostegno alimentare gratuito per l'anno 2025, alle condizioni previste dall'avviso pubblico indetto dal Comune di Bellizzi, nell'ambito del Progetto “Condividere i bisogni per condividere il senso della vita”.

A tal fine si allega:

- copia del codice fiscale e documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- attestazione ISEE in corso di validità (anno 2025);
- solo per i cittadini di Stato NON appartenente all'UE: copia del titolo/permesso di soggiorno in corso di validità;
- Allegato 15 - autodichiarazione indigenza.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del d.lgs n. 196/2003, “Codice in materia dei dati personali”, autorizza il Comune di Bellizzi al trattamento dei dati sopra riportati e dichiara di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del summenzionato d.lgs n. 196/2003 spettanti.

**LUOGO E DATA**

Bellizzi, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_