

**Modello per la dichiarazione anagrafica dei nuclei familiari
Autocertificazione**

Oggetto: richiesta prodotti alimentari, Anno 2023

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Provincia (___) il _____ C.F. _____ e residente in _____
alla via _____ n. _____ cap _____ provincia (___) professione _____
telefono casa _____ cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

per la propria famiglia i prodotti alimentari, donati per il tramite dal Banco Alimentare Calabria ONLUS, dall'Ente Comune di Seminara a titolo gratuito e senza alcuna forma di contribuzione.

DICHIARA

il sottoscritto/a, 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.

Che il proprio nucleo familiare oltre al sottoscritto è composto dalle seguenti persone:

Coniuge _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(____)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(_)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(_)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(_)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(____)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____

Il _____ C.F. _____ residente in _____

alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(____)recapito _____

Figlio/a _____ nato/a a _____

Il _____ C.F. _____ residente in _____

alla via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov.(____)recapito _____

3- eventuali persone a carico:

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente in _____ alla via/piazza _____ n.

CAP _____ prov.(____) recapito _____

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente in _____ alla via/piazza _____ n.

CAP _____ prov.(____) recapito _____

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente in _____ alla via/piazza _____ n.

CAP _____ prov.(____) recapito _____

si allega alla presente richiesta:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento e codice fiscale di tutti i componenti del nucleo familiare del richiedente;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Eventuale certificazione attestante la presenza di componente disabile (riconosciuto ai sensi dell'art. 3 della L.104/92).
- documento dello stato di famiglia (anche in autocertificazione)

Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Data ____/____/____

FIRMA
