

CODICE UTENTE

---

Al Direttore della Direzione  
Famiglia e Politiche Sociali  
P.O. Inclusione Sociale  
Via Dusmet, 141  
95100 Catania

Email: : [paccospesa@comune.catania.it](mailto:paccospesa@comune.catania.it)

**Consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000, n. 445**, il sottoscritto \_\_\_\_\_ ,  
intende presentare la presente domanda.

oggetto: Domanda/Dichiarazione di assegnazione:  consegna pacco spesa presso  
Banco Alimentare

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Chiede di accedere all'assegnazione del pacco spesa in oggetto, destinata alle famiglie residenti nel comune di Catania in difficoltà, presso il Banco Alimentare.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000, n. 445

### DICHIARA

-Di essere nata/o \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ ( in caso di cittadinanza straniera extracomunitaria, di allegare copia permesso di soggiorno):

-di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
e di avere il seguente recapito di tel/Cell \_\_\_\_\_, al quale  
l'Ente dovrà rivolgersi per tutte le comunicazioni.

-Di godere dei diritti civili e politici;

-Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

-Di aver percepito reddito o emolumenti a qualsiasi titolo (contributi –agevolazioni - sussidi erogati dal comune o da enti previdenziali ed ect), nell'arco dell'ultimo anno per un totale complessivo di € \_\_\_\_\_;

- Di essere/non essere proprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari o concesse in locazione;  
che i componenti del proprio nucleo familiare hanno/non hanno beni immobili di proprietà o concessi in locazione;

- che nessun componente familiare possiede automobili di cilindrata superiore a 1784,90 cc se a benziana/GPL, 1930,50 cc se alimentate a gasolio o motoveicoli di cilindrata superiore a 600cc.;

-Il numero dei componenti del proprio nucleo familiare e di n. \_\_\_\_\_ persone rappresentato:  
da:

1. \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;

Di trovarsi nella seguente condizione (barrare le opzioni interessate):

- Presa in carico dal servizio sociale professionale per situazione di criticità, fragilità, multiproblematicità;
- Nucleo numeroso di cui n.----minori;
- Nucleo monogenitoriale, privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- Nucleo percettore/non percettore di alcun sostegno al Reddito;
- Componente in condizione di disabilità grave;
- Grave disagio socio economico a seguito di repentino mutamento della condizione occupazionale verificatosi dal 01/03/2020
- Disoccupati e/o Inoccupati dal 01/03/2020;
- Percettori/ non percettori di RDC:
- Percettori / non percettori di Ammortizzatori Sociali, quali NASPI, ASDI E DIS-COLL;
- Percettori /non percettori di Cassa Integrazione in deroga;
- Condizione transitoria di malattia che determina disagio socio economico
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_
- Di essere a conoscenza che l' Amministrazione Comunale procederà, anche con modalità a campione, ai controlli sulle dichiarazioni reddituali e sulle autodichiarazioni prodotte con la presente Domanda/Dichiarazione e qualora dai controlli, dovessero emergere abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle procedure di legge per perseguire il mendacio, sarà disposta la revoca dei benefici concessi.
- Di essere informato/a che, ai sensi di del Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo 196/2006, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente Domanda/dichiarazione viene resa.

Firmato

Allegato obbligatorio:  
Copia documento identità  
Copia tessera sanitaria