

Per la Segreteria

FASCICOLO N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Presidente del  
Comitato CRI di  
San Nicandro Garganico  
**SEDE**

**Oggetto: Richiesta assistenza viveri anno 2023**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Contatti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail e/o PEC \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

come sopra generalizzato, consapevole di quanto contenuto nell'art. 76 del TU 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazione 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. 18/12/2000 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

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

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_ disabilità \_\_\_\_\_

## Informativa resa ai sensi degli articoli 13 – 14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Gentile Signore/a \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone ad altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

### 1. Finalità del Trattamento

I dati da lei forniti verranno utilizzati al solo scopo di creare un fascicolo ai fini dell'attestazione dell'eleggibilità agli interventi, secondo quanto previsto dal Decreto Direttoriale n. 15 del 13/02/1991

### 2. Modalità del Trattamento

I dati verranno verificati solo dai Volontari dell'OpT e dell'OpC e su richiesta dai funzionari dell'Agea

### 3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori per poter usufruire della distribuzione di pacchi mensili e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta rinuncia della consegna del pacco

### 4. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati forniti potranno essere comunicati all'OpC oppure all'Agea

### 5. Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) Ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) Ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati qualora venissero cancellati decadrebbe il beneficio;

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

San Nicandro Garganico lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta (fleggare in corrispondenza della scelta):

- esprimo** il consenso
- NON esprimo** il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati
- NON esprimo** il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per la finalità indicate nell'informativa
- NON esprimo** il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

San Nicandro Garganico lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Qualora la mia domanda venga accettata desidero che il pacco a me destinato venga ritirato da un mio delegato, come qui di seguito indicato:

Il sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente in Via ..... CAP ..... Città .....  
Cod. Fisc. .... Documento identità n. ....  
rilasciato da ..... il .....

### DELEGA

Il sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente in Via ..... CAP ..... Città .....  
Cod. Fisc. .... Documento identità n. ....  
rilasciato da ..... il .....

San Nicandro Garganico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Delegante \_\_\_\_\_

#### Si allega alla presente richiesta (*fleggare in corrispondenza dei documenti allegati*):

- Attestazione di accertata condizione di indigenza da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza;
- Attestazione INPS della ricezione del beneficio del reddito di cittadinanza ovvero della pensione di cittadinanza;
- Attestazione ISEE inferiore a € 6.000. **OBBLIGATORIO**;
- Attestazione ISEE fino a € 7.560 nel caso di nucleo familiare di soli anziani con almeno 67 anni. **OBBLIGATORIO**;
- Attestazione ISEE tra € 6.000 e € 9.360 (nel caso dei nuclei di solo anziani, tra € 7.560 e € 9.360), è necessario una attestazione di accertata condizione di indigenza e di opportunità degli interventi alimentare da parte dell'Organizzazione partner che rimane valida fino a mutate condizioni di bisogno accertate dell'OpT medesima (Allegato 5);
- Attestazione dell'Organizzazione partner di accertata condizione di indigenza e di urgenza degli interventi di distribuzione alimenti (Allegato 5);
- Copia documento d'identità del dichiarante e codice fiscale degli altri componenti del nucleo. **OBBLIGATORIO**;
- Copia documento del delegato

Acquisizione pratica      Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Volontario \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di consenso (ai sensi degli artt. 7,8 e 9 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente)

L'interessato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali per la fornitura dei servizi ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

tutte le autorizzazioni rilasciate dal/dalla sottoscritto/a potranno essere revocate in ogni momento solo a mezzo lettera raccomandata A.R. a Voi indirizzata e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata. In merito sono comunque fatti salvi i trattamenti imposti in osservanza delle vigenti leggi.

Il/La Sottoscritto/a ....., acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del Reg.to UE 2016/679, esprime il consenso al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o ad esso connesso, per gli scopi e le finalità di accesso a servizi di pubblico interesse, di natura socio-assistenziale, sanitaria e di risposta alle emergenze:

SI       NO

San Nicandro Garganico

Data ...../...../2022

Firma dell'interessato/a **X**.....