**Allegato 8**

**Avviso “Alimenta la solidarietà”.**

**Interventi di contrasto allo spreco alimentare**

**(G05652 del 14/05/2024)**

**SCHEDA ANAGRAFICA DEL DESTINATARIO E ATTESTAZIONE RISPETTO ALLA CONDIZIONE DI INDIGENZA E DELLA NECESSITÀ DI INTERVENTI DI CUI ALLA LINEA B E D DELL’AVVISO PER SOGGETTI APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI CON ISEE PARI O INFERIORE EURO 9.360[[1]](#footnote-2)**

Il giorno ....../...…/……......, alle ore……………………… il sottoscritto (cognome)…………………………………....................................(nome) …………………………………………................, incaricato dall’OdV/APS/Fondazione (nome ente Capofila)…………………...………………………………………………………………………………………………………………………………., del progetto CUP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha accertato che:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** |  | |
| **Cognome** |  | |
| **Codice Univoco Destinatario[[2]](#footnote-3)** |  | |
| **Genere** | Femminile |  Maschile |
| **Comune**  **di nascita** |  | |
| **Data**  **di nascita** | | | |/| | |/| | | | | | |
| **Codice fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comune**  **di residenza** |  | |
| **Cittadinanza** |  | |
| **Stato civile** |  | |
| **Istruzione** |  | |
| **Recapiti** |  | |

**Numero componenti del nucleo** (compreso l’intestatario della scheda)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ha figli**  Sì  No  **Se sì, specificare il numero:** | | | | **Di cui figli minori conviventi**  Sì  No  **Se sì, specificare il numero:** | | | |

**Situazioni particolari di disagio dell’intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare** **dichiarata dal beneficiario** (disabilità, problemi di salute, dipendenze, situazione lavorativa, condizione abitativa, etc)

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

**La persona e la famiglia sono stati già segnalati ai servizi sociali del Comune?**

SI  NO 

**Altri interventi di sostegno attualmente in atto in favore dell’intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare** (prestazioni sociali, agevolazioni pagamento utenze o altro)

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………

Il compilatore

(firma)

Il rappresentante Legale dell’ETS

(timbro e firma)

1. Si ricorda che se l’importo accertato dell’ISEE eccede €9.360, l’intestatario della scheda non potrà esser considerato come destinatario elegibile dell’intervento ai sensi del par. *4. Destinatari* del presente Avviso. [↑](#footnote-ref-2)
2. In fase di registrazione della persona all’interno dell’”Attestazione rispetto alla condizione di indigenza”, l’Ente attuatore attribuisce a quest’ultima un Codice Univoco Destinatario. Tale codice dovrà essere riportato all’interno del file Allegato 10 “Prospetto di dettaglio destinatari.xlsx” che sarà trasmesso all’Amministrazione in fase di rendicontazione finale delle spese. [↑](#footnote-ref-3)