

- 3) che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ con disabilità tipo _____;
- 4) non essere beneficiario di altri banchi alimentari.

autorizza

ai sensi e per gli effetti D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto allega in copia alla presente (spuntare la casella corrispondente):

- Fotocopia di un valido documento di identità;
- Attestazione ISEE, in corso di validità;
- in presenza di soggetti diversamente abili: copia Decreto ASP;
- per i cittadini stranieri: permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- documentazione attestante lo stato di disoccupazione rilasciato dal competente Centro per l'impiego;

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.

Soverato, 04/04/2024

Firma
