



COMUNE DI CETRARO

(Provincia di Cosenza)

Via Luigi De Seta, 54 - 87022 - Cetraro (CS)

Tel. 0982.978211

SERVIZI/SOCIALI

PROROGA AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL "BANCO ALIMENTARE" ANNO 2026

OGGETTO: PROROGA DEI TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE AL BENEFICIO "BANCO ALIMENTARE" - ANNO 2026

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

VISTO l'Avviso Pubblico prot. n. 11 del 02/02/2026 relativo all'ammissione al beneficio del "Banco Alimentare" per l'anno 2026;

PRESO ATTO della rilevante partecipazione e delle numerose richieste pervenute da parte della cittadinanza;

CONSIDERATA la volontà dell'Amministrazione Comunale di garantire la massima partecipazione possibile e di agevolare i nuclei familiari in condizioni di disagio socio-economico che non hanno ancora provveduto alla presentazione dell'istanza;

RITENUTO pertanto opportuno disporre una proroga dei termini di scadenza originariamente fissati per la data odierna;

INFORMA LA CITTADINANZA CHE

I termini per la presentazione delle domande di ammissione al beneficio del "Banco Alimentare" sono prorogati di ulteriori 7 (sette) giorni.

NUOVA SCADENZA: Le domande potranno essere presentate a partire da oggi, **31 marzo 2026**, fino alle **ore 12:00 del giorno 8 aprile 2026**.

Requisiti e Modalità:

Restano invariati tutti i requisiti di ammissibilità e le modalità di valutazione già previsti nell'avviso originario, ovvero:

Residenza: Comune di Cetraro.

Indicatore ISEE: Inferiore a € 10.140,00.

Compatibilità: Assenza di analoghi sussidi alimentari.

Distribuzione Modulistica:

La modulistica è disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali o scaricabile direttamente dal sito istituzionale dell'Ente.

Cetraro, 31 marzo 2026

Il Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Filomena Salineto





COMUNE DI CETRARO

(Provincia di Cosenza)

Via Luigi De Seta, 54
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DOMANDA PER L' ISCRIZIONE NELL'ELENCO DELLE PERSONE BISOGNOSE

DA PRESENTARE ENTRO IL 31.03.2026 ore 12,00

IL SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A _____

IL _____, RESIDENTE IN _____

VIA/P.ZZA _____

CODICE FISCALE _____

TEL./CELL. _____

EVENTUALE INDIRIZZO MAIL: _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

CAPO FAMIGLIA _____ nato a _____ il _____

..... nato a _____ il _____ c.f. _____

..... nato a _____ il _____ c.f. _____

..... nato a _____ il _____ c.f. _____

..... nato a _____ il _____ c.f. _____

..... nato a _____ il _____ c.f. _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DELLE PERSONE BISOGNOSE DI QUESTO COMUNE FINALIZZATO ALL'ISTITUZIONE DEL
"BANCO ALIMENTARE" ED ALTRE INIZIATIVE CHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE VOLESSE INTRAPRENDERE.

A CONOSCENZA DI QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/2000, SULLA RESPONSABILITA' PENALE CUI
PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA':

DICHIARA:

(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

☐ DI AVERE CITTADINANZA ITALIANA

Oppure: ☐ DI AVERE CITTADINANZA DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA
Oppure:

☐ DI AVERE CITTADINANZA DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA, E DI POSSEDERE
PERMESSO O CARTA DI SOGGIORNO (D.Lgs. n. 286/98 e succ.modif. ed integraz.) ESTREMI DEL PERMESSO DI

SOGGIORNO: N. RILASCIATO IL..... SCADENZA IL **(DA ALLEGARE ALLA DOMANDA):**

☐ DI AVERE LA PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DEI SEGUENTI COMPONENTI:

da 0 a 3 anni N. _____;
da 4 a 17 anni N. _____;
da 18 in poi N. _____;

☐ CHE IL REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE (VALORE ISE) E' PARI AD €.....

☐ DI AVERE UN VALORE ISEE PARI A €. _____ **(ALLEGARE DICHIARAZIONE ISE/ISEE ALLA PRESENTE DOMANDA):**

DERIVANTE DA:

(barrare con una crocetta)

☐ LAVORO

☐ PENSIONE

Se si è barrato LAVORO indicare la specifica sotto riportata:

LAVORO AUTONOMO

☐

LAVORO DIPENDENTE

☐

Tempo determ.

☐

Tempo indeter.

☐

Altro specificare _____

☐ DI AVERE ALL'INTERNO DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE IL SEGUENTE SOGGETTO RICONOSCIUTO NON AUTOSUFFICIENTE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992.

CHE I SEGUENTI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE SONO IN STATO DI DISOCCUPAZIONE REGOLARMENTE ISCRITTI AL CENTRO PER L'IMPIEGO:

Eventuale presenza di un solo genitore nel nucleo familiare (Indicare la causa : _____)

Di trovarsi in stato di emarginazione e solitudine con l'assenza di familiari che si possono prendere cura della persona

(Indicare sì o no) _____

Data _____

IL/LA DICHIARANTE (firma per esteso e leggibile)

(la presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione)

N.B. LA FIRMA E' OBBLIGATORIA AI FINI DELLA VALIDITA' DELLA DOMANDA

Al sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto. In caso di invio a mezzo posta, fax o consegna tramite un incaricato, la dichiarazione deve essere sottoscritta e accompagnata da fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali":

I dati contenuti nella presente comunicazione saranno utilizzati esclusivamente per le funzioni istituzionali e per quanto derivante da