



# COMUNE DI POSTIGLIONE

Provincia di Salerno  
Piazza A. Diaz, 3  
84026 POSTIGLIONE – SA  
/www.comunepostiglionesa.it  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
Tel. 0828/770204

Al Comune di Postiglione  
Settore Servizi Sociali  
P.zza A. Diaz, 3  
– 84026 Postiglione (SA)

**Oggetto: Banco Alimentare Anno 2026. Richiesta di ammissione al beneficio degli aiuti alimentari.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE :

-di essere ammesso/a al beneficio dell'assegnazione di prodotti alimentari.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000, dichiara che il nucleo anagrafico /convivente è così composto :

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA

### Dichiara altresì:

**In applicazione del Regolamento Europeo (UE) n. 223/2014 Fondo aiuto Europei agli indigenti (FEAD).  
Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e/o assistenza materile di base (PO I FEAD)**

- **Di essere in possesso di :**
- Attestazione Isee, pari a € .....
- la presenza, nel nucleo familiare, di soggetti riconosciuti diversamente abili con percentuale dal 67 al 100% non autosufficienti,
- la presenza di ultra sessantasettenni.
- Relazione dei servizi sociali in condizione di particolari fragilità sociali.

**A corredo della presente richiesta, si allega:** (barrare la casella se ricorre l'ipotesi):

- copia certificazione di invalidità (da cui risulta lo stato di non autosufficienza);
- permesso di soggiorno o carta di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- fotocopia di un documento di riconoscimento valido;
- attestazione Isee in corso di validità.

Inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n.445/2000, dichiara:

- di avere piena conoscenza dell'avviso pubblico di cui al beneficio in oggetto, nonché di accettare, senza condizione alcuna, il relativo contenuto.

Luogo e data,

In fede

\_\_\_\_\_