





**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:**

|\_|\_|

**Situazione lavorativa dei componenti del nucleo familiare**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Situazioni particolari di disagio dell'intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare**  
(disabilità, problemi di salute, dipendenze, etc)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

LA PERSONA E LA SUA FAMIGLIA SONO GIÀ STATI SEGNALATI AI SERVIZI  
SOCIALI DEL COMUNE?

SÌ

NO



UNIONE EUROPEA  
FEAD

fead

M

MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



SI RITIENE CHE LA PERSONA VERSI IN CONDIZIONE DI INDIGENZA?

SÌ

NO

SI RITENGONO OPPORTUNI INTERVENTI DI DISTRIBUZIONE ALIMENTARE  
PER LA PERSONA E LA SUA FAMIGLIA?

SÌ

NO

SI RITIENE CHE TALI INTERVENTI DI DISTRIBUZIONE ALIMENTARE ABBIANO  
CARATTERE DI URGENZA?

SÌ

NO

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELL'OpT

(Timbro e firma)

---