***Allegato 5***

**VERBALE DI ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

Il giorno ....../...…/……......, alle ore………………………il sottoscritto:

cognome…………………………………....................................nome …………………………………………................

incaricato dalla Organizzazione partner Territoriale (OpT):

…………………...……………………………………………………………………………………………………………………………….,

ha accertato che:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**  |  |
| **Cognome** |  |
| **Genere** | Femminile |  Maschile |
| **Comune****di nascita** |  |
| **Data****di nascita** | | | |/| | |/| | | | | |
| **Codice fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comune****di residenza** |  |
| **ISEE** |  |
| **Cittadinanza** |  |
| **Stato civile** |  |
| **Istruzione** |  |
| **Condizione abitativa** |  |
| **Condizione lavorativa** |  |
| **Recapiti** |  |

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allegato 6***



 **POSTER COMUNICAZIONE**

***Allegato 8 – Distribuzione Pacchi***

**Dichiarazione di Consegna N. ………**

Distribuzione pacchi

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nato a ……………………………………………..……..il…………………………………..…… in qualità di legale rappresentate del

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... con sede a ………………………………………………………….. via ………………………………………………………………………………….

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/200; ai sensi di quanto previsto dalle Istruzioni Operative emanate dall’AGEA

**Dichiara che:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Xx/xx/xxxx** |
|  |  |  |  |
| **Fondo** | **Prodotto** | **Unità di Misura** | **Quantità** |
| FEAD | Olio di Girasole | Litri | 50 |
| FEAD | Zucchero | Kg | 20 |
| FEAD | Biscotti | Pezzi | 20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indigenti Continuativi** | **Indigenti Saltuari** |
| 23 | 12 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Numero pacchi** |  |
|  22 |  |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

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

***Allegato 8bis***

**Dichiarazione di Consegna N. ………**

Distribuzione pacchi

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nato a ……………………………………………..……..il…………………………………..…… in qualità di legale rappresentate del

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... con sede a ………………………………………………………….. via ………………………………………………………………………………….

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/200; ai sensi di quanto previsto dalle Istruzioni Operative emanate dall’AGEA

**Dichiara che:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Xx/xx/xxxx** |
|  |  |  |  |
| **Fondo** | **Prodotto** | **Unità di Misura** | **Quantità** |
| FEAD | Olio di Girasole | Litri | 50 |
| FEAD | Zucchero | Kg | 20 |
| FEAD | Biscotti | Pezzi | 20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indigenti Continuativi** |  |
| 23 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Indigenti Saltuari** |  |
|  |  22 |  |
|  | **Di cui:**  |  |
| 0-15 | 16-64 | >64 | Maschi | Femmine | Senza Dimora | Migranti | Disabili |
| 4 | 10 | 8 | 10 | 12 | 4 | 2 | 8 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Numero pacchi** |  |
|  22 |  |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

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

***Allegato 9 – Unità di Strada***

**Dichiarazione di Consegna N. ………**

Unità di Strada

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nato a ……………………………………………..……..il…………………………………..…… in qualità di legale rappresentate del

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... con sede a ………………………………………………………….. via ………………………………………………………………………………….

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/200; ai sensi di quanto previsto dalle Istruzioni Operative emanate dall’AGEA

**Dichiara che:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Xx/xx/xxxx** |
|  |  |  |  |
| **Fondo** | **Prodotto** | **Unità di Misura** | **Quantità** |
| FEAD | Olio di Girasole | Litri | 50 |
| FEAD | Zucchero | Kg | 20 |
| FEAD | Biscotti | Pezzi | 20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Indigenti Saltuari** | **Numero Pacchi Numero Pasti** |
|  22 |  10 3 |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

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

***Allegato 9bis***

**Dichiarazione di Consegna N. ………**

Unità di Strada

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nato a ……………………………………………..……..il…………………………………..…… in qualità di legale rappresentate del

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... con sede a ………………………………………………………….. via ………………………………………………………………………………….

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/200; ai sensi di quanto previsto dalle Istruzioni Operative emanate dall’AGEA

**Dichiara che:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Xx/xx/xxxx** |
|  |  |  |  |
| **Fondo** | **Prodotto** | **Unità di Misura** | **Quantità** |
| FEAD | Olio di Girasole | Litri | 50 |
| FEAD | Zucchero | Kg | 20 |
| FEAD | Biscotti | Pezzi | 20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Indigenti Saltuari** |  |
|  |  22 |  |
|  | **Di cui:**  |  |
| 0-15 | 16-64 | >64 | Maschi | Femmine | Senza Dimora | Migranti | Disabili |
| 4 | 10 | 8 | 10 | 12 | 4 | 2 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero Pasti** | **Numero Pacchi** |
| 44 | 44 |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

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

***Allegato 10 – Emporio sociale e Assistenza domiciliare***

**Dichiarazione di Consegna N. ………**

Emporio sociale o Assistenza domiciliare

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… nato a ……………………………………………..……..il…………………………………..…… in qualità di legale rappresentate del

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... con sede a ………………………………………………………….. via ………………………………………………………………………………….

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/200;

Ai sensi di quanto previsto dalle Istruzioni Operative emanate dall’AGEA

**Dichiara che:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Xx/xx/xxxx** |
|  |  |  |  |
| **Fondo** | **Prodotto** | **Unità di Misura** | **Quantità** |
| FEAD | Olio di Girasole | Litri | 50 |
| FEAD | Zucchero | Kg | 20 |
| FEAD | Biscotti | Pezzi | 20 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indigenti Continuativi** | **Numero Pacchi** |
| 23 | 12 |

 Timbro dell’ente e firma del rappresentante legale

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

***Allegato 12***

**Nome OpT**

Registro di carico e scarico

Data inizio – Data fine

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fondo | N. Att. Consegna/Dich. Consegna | Data | Lotto di produzione | Prodotto | Unità di Misura  | Carico | Scarico | Eventuali variazioni | Giacenza |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Allegato 13***

**Nome OpT**

Elenco Indigenti Assistiti

Data

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°/Codice Fascicolo | Nome (Capo Famiglia) | Cognome (Capo Famiglia) | Totale Componenti | Età | Di Cui: |
| **0-15** | **16-64** | **>64** | **Maschi** | **Femmine** | **Disabili** | **Migranti** | **Senza dimora** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |