***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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |