

## DOMANDA AGEA (FEAD)

Fac-simile della nuova domanda Agea.

Le parrocchie interessate devono richiedere la modulistica alla segreteria Caritas:

[segreteria.caritas@diocesi.lodi.it](mailto:segreteria.caritas@diocesi.lodi.it)

tel. 0371.948130

La segreteria è a disposizione per tutte le informazioni necessarie

La domanda definitiva e debitamente compilata deve essere inoltrata alla CARITAS LODIGIANA entro e non oltre il 25/11/2017



Unione europea  
FEAD

Allegato 2

ALL'ORGANIZZAZIONE PARTNER CAPOFILIA

..... DIOCESI DI LODI CARITAS  
Via/Piazza ..... CAVALOUR 31  
..... 26900 LODI

Oggetto: Programma Operativo I FEAD 2014 – 2020.  
Domanda di affiliazione.

Il sottoscritto ..... (dat PARROCO) ..... c.f. ....  
nato a ..... il .....  
legale rappresentante della/del ..... (dat PARROCCHIA) .....  
con sede legale in via ..... tel. ....  
cap ..... Comune ..... Prov. ....

Codice Fiscale Struttura

PARROCCHIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con sede operativa (se diversa della sede legale)

in via ..... tel. ....

cap ..... Comune ..... Prov. ....

con sede del magazzino (se diversa della sede operativa)

in via ..... tel. ....

cap ..... Comune ..... Prov. ....

presenza di struttura frigorifera                      si                       no

**chiede**

di poter fruire del servizio di distribuzione dei prodotti alimentari forniti dall'Organismo Pagatore AGEA a favore degli indigenti, ai sensi delle Istruzioni operative n. .... 38 ..... del 04/09/2017 e, 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. 445/2000, allo scopo:

**dichiara**

1. che l'Organizzazione partner, è un:

Organismo pubblico

Organizzazione senza scopo di lucro

2. che svolge una attività di sostentamento alimentare a persone bisognose tramite una o più delle seguenti "Attività":

(COMPILARE)

Tipo di Attività	Eta' =<15	Eta' 16-64	Eta' =>65	Totale Assistiti continuativi	Assistiti saltuari	Totale Assistiti	Di cui donne	Di cui migranti, minoranze	Di cui disabili	Di cui senza fissa dimora
	(a)	(b)	(c)	d= (a+b+c)	(e) max 40% di f	f= (d + e)				
Mensa										
Distribuzione pacchi										
Emporio sociale										
Distribuzione domiciliare										
Unità di strada										

3. che non percepisce finanziamenti pubblici;
4. che nessuno degli assistiti è obbligato alla corresponsione o che, comunque, versa un corrispettivo o contributo;.
5. che gli assistiti inseriti nella presente domanda sono persone in condizioni di estremo disagio materiale;
6. che attua le seguenti "misure di accompagnamento" (barrare la/e casella/e di interesse):

I.	<input type="checkbox"/>	<b>Accoglienza e ascolto:</b> attività di primo contatto per accogliere e valutare la domanda di aiuto/bisogno.
II.	<input type="checkbox"/>	<b>Informazione, consulenza e orientamento:</b> attività volte a orientare e facilitare l'accesso alla rete territoriale dei servizi. informazione sulle procedure e assistenza per le pratiche amministrative.
III.	<input type="checkbox"/>	<b>Accompagnamento ai servizi:</b> sostegno all'accesso al sistema dei servizi locali e lavoro di rete con i servizi locali.
IV.	<input type="checkbox"/>	<b>Sostegno psicologico</b>
V.	<input type="checkbox"/>	<b>Educativa alimentare:</b> supporto allo sviluppo di comportamenti alimentari corretti e consapevoli.
VI.	<input type="checkbox"/>	<b>Consulenza nella gestione del bilancio familiare:</b> supporto alla pianificazione e gestione delle spese.
VII.	<input type="checkbox"/>	<b>Sostegno scolastico:</b> sostegno a bambini e ragazzi nelle attività di studio.
VIII.	<input type="checkbox"/>	<b>Sostegno e orientamento alla ricerca di lavoro:</b> assistenza nella compilazione di C.V. e delle domande di lavoro, preparazione ai colloqui, individuazione delle offerte di impiego, indirizzamento ai Centri per l'impiego.
IX.	<input type="checkbox"/>	<b>Prima assistenza medica:</b> assistenza medica qualificata, distribuzione di farmaci da parte di personale specializzato, servizi ambulatoriali.
X.	<input type="checkbox"/>	<b>Tutela legale:</b> consulenza legale per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.
XI.	<input type="checkbox"/>	<b>Altro:</b> (specificare) .....

**e si impegna**

1. a ricevere i prodotti alimentari forniti dell'Organismo Pagatore AGEA esclusivamente dalla OpC:  
..... **DIOCESI DI LODI CARITAS** .....
2. ad utilizzare i prodotti alimentari che riceverà esclusivamente per l'assistenza in favore di persone bisognose secondo le modalità fissate nelle Istruzioni operative n. .... **38** ..... del ... **04/09/2017** .....
3. a provvedere al ritiro dei prodotti presso il magazzino della OpC entro i termini fissati, pena la perdita dell'assegnazione, ed alla loro distribuzione entro la data di scadenza indicata sulla confezione;
4. a non depositare e/o distribuire il prodotto assegnato in magazzini diversi da quelli suindicati;
5. a tenere una contabilità di magazzino conforme alle Istruzioni operative n. .... **38** ..... del ... **04/09/2017** .....

**Data**

**In fede**

.....

.....

(timbro della Organizzazione partner territoriale e firma del legale rappresentante)

**(TIMBRO PARROCCHIA - FIRMA PARROCO)**