



# VEN. ARCICONFRATERNITA DELLA MISERICORDIA DI FIRENZE

ENTE MORALE FONDATA NEL 1244  
ONLUS (D.Lgs. 460/97) - ONG

AIUTO ALIMENTARE e ATTIVITA' SOCIALI

## SEGNALAZIONE DI ASSISTENZA ALIMENTARE

Firenze, \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### **SEGNALA**

la famiglia sotto elencata per il vostro aiuto di generi di prima necessità.

A tale scopo informa che il nucleo familiare è composto da:

1) \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ - capofamiglia

2) \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ - parentela \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ - parentela \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ - parentela \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ - parentela \_\_\_\_\_

Residenti a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Altre informazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il richiedente è informato che un incaricato della Misericordia si recherà al domicilio suindicato per una verifica e che tale controllo verrà periodicamente ripetuto.

Firma

\_\_\_\_\_