



GIORNO/...../..... ALLE ORE

Mod. B /2023

IL SOTTOSCRITTO INCARICATO C.R.I COGNOME.....NOME.....

INCARICATO DEL CENSIMENTO, HA ACCERTATO CHE:

N. FASCICOLO			
DATA PRESA IN CARICO			
NOME E COGNOME			
GENERE	Femminile	Maschile	
COMUNE DI NASCITA O PAESE ESTERO			
DATA DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
COMUNE DI RESIDENZA			
ISEE / RED. CITT. / ALL. 5 ATTESTATO COMUNE	IMPORTO	SCADENZA	
AUTOCERTIFICAZIONE FEAD	SI	NO	SCADENZA
CITTADINANZA			
STATO CIVILE			
ISTRUZIONE			
CONDIZIONE ABITATIVA			
CONDIZIONE LAVORATIVA			
RECAPITO TELEFONICO			
NUMERO COMPONENTI DEL NUCLEO	MASCHI___	FEMMINE___	ETA' <16___
	STRANIERI___	DISABILI___	SENZA FISSA DIMORA___
HAI FIGLI? (SE SI, SPECIFICARE IL NUMERO)			
DI CUI FIGLI MINORENNI CONVIVENTI? (SE SI, SPECIFICARE IL NUMERO)			

Situazione lavorativa dei componenti del nucleo familiare

.....

.....

.....

.....

www.cri.it

www.cri.caltanissetta.it

IBAN IT64S0623016700000015280024

Codice Fatturazione: KRRH6B9

**Un'Italia
che aiuta**



Croce Rossa Italiana

Comitato di Caltanissetta ODV

Via Xiboli, 345 – 93100 Caltanissetta –

Tel 093425999 – S.O. 093429786

caltanissetta@cri.it – cp.caltanissetta@cert.cri.it

C.F. e P.IVA 01922310857

Iscritto al n. 238 vol. I del registro delle persone giuridiche della Regione Siciliana

Iscritto al n. 2236 del registro regionale delle Organizzazioni di Volontariato



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

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? **si** **no**
- Si ritiene che la persona versì in condizioni di indigenza? **si** **no**

Indicare quali -----

- Si ritengono opportuni interventi di distribuzione alimentare per la persona e la sua famiglia? **si** **no**

Se si annotazioni -----

- Si ritengono opportuni interventi di distribuzione sanitario e vestiario? **si** **no**

Se si annotazioni -----

- Si ritiene che tali interventi di distribuzione alimentare abbiano carattere di urgenza? **si** **no**

Firma dell'operatore C.R.I

Firma del Beneficiario: _____