**Allegato 9**

**Alimenta la solidarietà.**

**Interventi di contrasto allo spreco alimentare**

**G05652 del 14/05/2024**

**ATTESTAZIONE DI ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISAGIO DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

Il sottoscritto ……………………………………………………, nato a ……………… il …/…/……, in qualità di rappresentante legale dell’ente …………………………………………………………………, con sede legale in …………………. Via ……………………………… cap …………………… , in relazione al progetto “………………………………………………………………..”, approvato con determinazione dirigenziale n. “…………………………………………………..” ha accertato che le seguenti persone versano in condizione di disagio e che, pertanto, sono destinatarie degli interventi finanziati dall’Avviso in oggetto ……………………………………………………………….. con CUP ……………………………………..

Il Rappresentante legale dell’ETS

(Firmato digitalmente)

Alla presente si allega il file Allegato 10 “Prospetto di dettaglio destinatari” in formato Excel firmato digitalmente.