

**AL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA E SOCIO-CULTURALE
DEL COMUNE DI MONTALBANO JONICO**

**MODULO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL "BUONO SPORT", A SOSTEGNO DELLE
SPESE PER L'ESERCIZIO DELLA PRATICA MOTORIA E/O SPORTIVA**

(La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente il beneficio. Se riferita a minore o incapace, da colui che esercita la patria potestà / tutore legale)

Il sottoscritto, (Generalità del richiedente e/o dell'esercente la patria potestà / tutore legale).

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il _____ residente a _____

Via _____ e-mail _____

telefono _____ Codice fiscale _____

(Generalità del soggetto che ha svolto / svolgerà l'attività motoria)

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il _____ residente a _____

Via _____.

CHIEDE

La concessione del contributo "Buono Sport" nell'ambito di una delle seguenti aree:

- ☐ Minori;
- ☐ Diversamente abile fisico/psichico;
- ☐ Anziani.

Per l'attività motoria o sportiva _____

Svolta presso la struttura _____

Con sede in _____ in via/Piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____

A TAL FINE

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

1. di conoscere quanto contenuto nell'AVVISO PUBBLICO COMUNALE PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPORT;
2. che tutti i dati riportati nel presente modulo corrispondono a verità;

3. di essere consapevole che la presente autocertificazione è soggetta ad accertamenti da parte del Comune;
4. di essere consapevole che i dati contenuti nel presente modello saranno trattati per finalità inerenti a compiti istituzionali ai sensi della D.Lgs, 196/03;
5. che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), in corso di validità, del proprio nucleo familiare, è di €. _____ come indicato nell'Attestazione ISEE numero protocollo INPS-ISEE- _____)*;
6. di avere conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'art 4, comma 2, del D.Lgs, n, 109/1998 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite e che, in caso di dichiarazione non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del D.P.R. n, 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti e la loro restituzione;
7. di essere invalido al _____%, come da allegato verbale rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili _____;
8. che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti di cui n. _____ minori.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Si allega alla presente:

- Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante/sottoscrittore;
- Dichiarazione di iscrizione del beneficiario ad attività motoria/sportiva in un periodo ricadente tra la data di pubblicazione delle presenti linee guida sul Bur della Regione Basilicata e il 30/06/2025 presso struttura sportiva pubblica o privata rilasciata dal gestore o altro avente titolo;
- In caso di beneficiario con disabilità: certificato medico attestante la disabilità.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*Non deve essere allegata all'istanza l'attestazione ISEE. Necessita indicare il solo numero di protocollo riportato nell'attestazione ISEE che individua la Dichiarazione Sostitutiva Unica a fini ISEE (es. INPS-ISEE-2025 – XXXXXXXX-00).