**Al Comune di Miglionico**

**Area Amministrativa**

**OGGETTO: DOMANDA BUONI SPORT A SOSTEGNO DI INIZIATIVE DI PRATICA SPORTIVA E FISICO MOTORIA PER IL PERIODO DAL 18.12.2024 AL 30.06.2025 -DGR 202400764 del 13.12.2024 - FONDO PER LA PROMOZIONE DELL’ATTIVITÀ SPORTIVA DI BASE SUI TERRITORI (LEGGE 178/2020 ART. 1 COMMA 561)- MISURE DI FINANZIAMENTO AI COMUNI PER L’EROGAZIONE DEI BUONI SPORT DI CUI ALLA D.G.R. N. 881 DEL 15/12/2023”.**

 **GENERALITA’ DEL RICHIEDENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | COGNOME |  |
| Luogo e data di nascita |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE IBAN |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## RESIDENZA ANAGRAFICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA/N. CIVICO |  | TELEFONO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |

 **GENERALITA’ DEL BENEFICIARIO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | COGNOME |
| LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **A TAL FINE DICHIARA DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA:**

* **DIVERSAMENTE ABILE FISICO/PSCHICO**
* **MINORE**
* **ANZIANO**

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTIVITA’ MOTORIA E SPORTIVA DA PRATICARE** |  |
| **PRESSO L’ISTITUTO O IL CENTRO O SCUOLA DI** |  |
| **COMUNE** |  |
| **PROVINCIA** |  |

Il/la sottoscritto/a consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

**DICHIARA**

che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente in corso di validità (il valore ISEE deve essere determinato sulla base del NUOVO MODELLO ISEE ai sensi del DPCM 159/13), del proprio nucleo familiare, è di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come indicato nell’Attestazione ISEE numero protocollo INPS-ISEE )\*

\*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-2024 – XXXXXXXXX-00)

**DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGA:**

- 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

**N.B. le domande incomplete e/o mancante di documentazione, inderogabilmente non saranno valutare successivamente alla data di scadenza.**

Approvato con det. RCG n. 8/2025 del 03.02.2025