

**AL SIG. SINDACO
COMUNE DI SOGLIANO CAVOUR**

OGGETTO: ACCESSO SERVIZIO “BUONI SPORT”

Il /La sottoscritto/a _____

CHIEDE

- per sé medesimo;
 per il Sig. _____ in qualità di _____

di poter beneficiare dei “Buoni sport” di cui all’oggetto destinati a:

- soggetti diversamente abili minori

A tal fine,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del DPR n. 445/2000 e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale, che:

il/la sig. _____ (indicare il nome del destinatario del servizio)

- 1) è nat_ il _____ a _____ Prov. (___) Cod. Fisc.:
_____;
- 2) è residente in Sogliano Cavour, Prov. (Le), alla via _____ n. _____ ed ha
i seguenti recapiti telefonici: _____;
- 3) il nucleo familiare dell’utente beneficiario è composto da:

N	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- 4) è cittadin_ italian_;

- 5) l'ISEE del proprio nucleo familiare, in corso di validità, relativo ai redditi certificabili dell'anno 2008, è pari a €. _____;
- 6) ha una disabilità di tipo motorio/psichica nella misura del ____%.

Il/La sottoscritt_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della legge 196/2003 e successivi aggiornamenti, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Si allegano:

- 1) Fotocopia del documento d'identità;
- 2) Fotocopia codice fiscale;
- 3) Certificazione ISEE in corso di validità, relativa redditi certificabili dell'anno 2008, corredata della dichiarazione sostitutiva unica.
- 4) Documentazione attestante le condizioni di disabilità dell'utente beneficiario, rilasciata ai sensi della Legge 104/92.
- 5) Certificato medico dello stato di salute del beneficiario del servizio attestante la possibilità allo svolgimento di attività motorie non a scopo agonistico.

Sogliano Cavour, li _____

FIRMA
