

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI N. 1 "BUONO SPORT"**  
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

*(Inserire generalità del richiedente maggiorenne o del genitore/esercente la patria potestà sul minore in caso di beneficiario minorenni)*

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_, mail/PEC \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/esercente la patria potestà sul minore *(nel caso di beneficiario minorenni)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione di N. 1 Buono Sport in oggetto e a tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

- che l'attività motoria/sportiva \_\_\_\_\_  
*(barrare il caso che ricorre)*  
o è stata  
o sarà svolta  
presso la Struttura sportiva \_\_\_\_\_  
sita nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nel periodo da l \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ e che la stessa struttura Pubblica/Privata rientra tra quelle regolarmente omologate;

- che l'ISEE in corso di validità del suo nucleo familiare è pari ad € \_\_\_\_\_,  
protocollo INPS-ISEE \_\_\_\_\_

- che lo stesso nucleo familiare versa in condizioni di disagio socio-economico e si compone come segue:

1) il/la dichiarante

\_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

2) \_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3) \_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4) \_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5) \_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6) \_\_\_\_\_

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

**Categoria di riferimento del beneficiario (*barrare il caso che ricorre*)**

- persona diversamente abile psichico/fisico
- minore
- anziano (età oltre 65 anni)

Il pagamento del contributo dovrà essere effettuato sul seguente conto intestato/cointestato al sottoscritto

IBAN \_\_\_\_\_

Istituto di credito \_\_\_\_\_

**Allega i seguenti documenti**

- Copia documento d'identità
- Dichiarazione di iscrizione del beneficiario ad attività motoria/sportiva in un periodo ricadente tra il 18/12/2024 e il 30/06/2025 presso struttura sportiva pubblica o privata rilasciata dal gestore o altro avente titolo;
- Certificato medico attestante la condizione di disabilità (eventuale)
- Documentazione attestante la condizione di disabilità (eventuale)

Sarconi, lì \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente o del Genitore in caso di beneficiario minorenni

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità comportano responsabilità penale a carico del dichiarante e determineranno la decadenza dei benefici economici eventualmente conseguiti e che l'Amministrazione comunale, contestualmente alla formulazione della graduatoria, procederà al controllo sulla veridicità delle dichiarazioni contenute nelle domande.

Autorizza al trattamento dei suoi dati personali/dei dati personali del minore, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e all'utilizzo dei documenti forniti per le sole finalità relative all'istruttoria della pratica per l'assegnazione del Buono Sport da parte del Comune di Sarconi e della Regione Basilicata e dichiara di aver letto la informativa privacy contenuta nell'avviso pubblico.

Sarconi, lì \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente o del Genitore in caso di beneficiario minorenni

\_\_\_\_\_