COMUNE DI TORTOLÌ

Provincia dell'Ogliastra

AREA SOCIALE E SCOLASTICA

AL SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI TORTOLÌ

OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA DEI *CENTRI ESTIVI, SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI TERRITORIALI, CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA PER MINORI* - PERIODO GIUGNO-SETTEMBRE 2026

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore/altro nato a _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____ in Via _____ tel. _____mail_____

CHIEDE

Che le venga assegnato il CONTRIBUTO per la frequenza dei CENTRI ESTIVI, *SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI TERRITORIALI, CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA*

DICHIARA

- consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici;

a) Di essere cittadino italiano/a comunitario/a
   OPPURE
b) Di essere cittadino/a straniero/a in possesso di regolare titolo di soggiorno:
   N°_____rilasciato da _____

   Il _____con scadenza_____

c) Che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti minori per i quali si chiede il contributo sottoforma di rimborso: _____

CHE il proprio nucleo familiare, secondo l'iscrizione ai registri anagrafici comunali, è così composto, oltre al dichiarante:

Cognome Nome	Relazione di parentela	Luogo e data di nascita

Che il proprio figlio/a _____ ha frequentato:

- ☐ IL CENTRO ESTIVO/EDUCATIVO/RICREATIVO sito nel Comune di Tortolì denominato _____ _____ ed erogato da (1)_____

  (1) : ammessi solo centri estivi inseriti nell'albo comunale allegato all'Avviso;

- ☐ **che il minore sopra indicato ha frequentato un centro estivo/servizio educativo sito nel comune di Tortolì nel periodo giugno/settembre 2026 e chiede il rimborso per le seguenti settimane oppure mese di frequenza:**

SETTIMANA			**COSTO settimanale**
	Dal	**Al**	
1			€
2			€
3			€
4			€
5			€
6			€
Mese intero di: _____			
TOTALE			**€**

- ☐ Che il/la proprio/a figlio/a è affetta da disabilità ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3 e pertanto chiede la MAGGIORAZIONE di € 30,00 a settimana per minore disabile
- ☐ di possedere l'ISEE 2026 in corso di validità pari a € _____;

DICHIARA INOLTRE

Che per il mese/settimana per il quale si richiede il rimborso, **non ha usufruito** di nessun altro Contributo previsto dalla normativa statale/regionale ad esempio (Centri Estivi Diurni Inps,) per l'anno 2026 per le medesime finalità;

CHIEDE:

che il versamento delle somme concesse sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario/Postale a me intestato/cointestato

CODICE IBAN

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

- copia attestazione ISEE 2026 per minorenni, rilasciata dall'INPS ai sensi del D.P.C.M. 159/2013
- copia del documento di identità del dichiarante e nel caso di consenso anche dell'altro genitore in corso di validità;
- documentazione attestante l'importo pagato (fattura e ricevuta di pagamento o fattura quietanzata), per il proprio figlio, per svolgere attività organizzate dai centri estivi, dai servizi socio educativi territoriali e dai centri con funzione educativa e ricreativa riferita al periodo per il quale si chiede il rimborso;

Luogo e data_____

Firma dichiarante Firma dell'altro genitore

_____ _____

Nel caso in cui risulti impossibile acquisire il consenso scritto dell'altro genitore ovvero laddove un genitore sia irreperibile "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Tortolì _____ Firma dichiarante _____

La firma non deve essere autenticata se è apposta in presenza del dipendente addetto o se la domanda accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità.

AUTORIZZA

Il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679.

Luogo e data_____

FIRMA

_____