

**COMUNE DI MADDALONI**

**AREA SERVIZI ALLA PERSONA**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DI 45 DESTINATARI MINORI PORTATORI DI DISABILITA’, IN PARTICOLARE AUTISTICI, DI FASCIA DI ETA’ COMPRESA TRA I 6 – 17 ANNI DA IMPIEGARE NEL PROGETTO “SPORT SENZA FRONTIERE”. Progettualità di cui al "Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità” in attuazione della D.G.R.C. n. 127 del 15 marzo 2022.

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI DEL MINORE CHE SI INTENDE IMPIEGARE NEL PROGETTO “SPORT SENZA FRONTIERE”

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare all’avviso Avviso pubblico per l’individuazione di n.45 destinatari minori portatori di disabilità, in particolare autistici, di fascia di età compresa tra i 6-17 anni per il coinvolgimento nel progetto “SPORT SENZA FRONTIERE”.

**A TAL FINE**

ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

□ di essere residente nel Comune di …………………...

□ che la propria famiglia è così composta *(compreso il dichiarante)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **NATO A** | **IL** | **RELAZIONE PARENTELA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□ che il proprio figlio ha un'età compresa tra 6 e 17 anni;

□ di avere un ISEE pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

1. documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (genitore) e del beneficiario (figlio/a);
2. copia verbale accertamento di disabilità, ai sensi della Legge n. 104/92;
3. certificato rilasciato dal medico competente che attesti l'idoneità del minore a svolgere attività fisica;
4. attestazione ISEE in corso di validità;
5. informativa privacy (modello B).

DATA

FIRMA DEL GENITORE