



DOMANDA DI CONTRIBUTO VOUCHER COMUNALE

Termini presentazione della domanda: dal 12/06 al 14/07/2023

SI PREGA DI COMPILARE LA PRESENTE DOMANDA IN STAMPATELLO

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____

Mail: _____

CODICE FISCALE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(compilare in stampatello leggibile e allegare copia della tessera sanitaria)

Il/La sottoscritto/a, in relazione alla presente domanda per la concessione di **VOUCHER COMUNALE** a parziale rimborso dei costi sostenuti per l'iscrizione di minori di età compresa tra i 3 e i 13 anni (nati dall'01/01/2010 ed entro il 31/12/2020) e di età compresa tra i 3 e i 17 anni (nati all'01/01/2006 ed entro il 31/12/2020 indipendentemente dall'attestazione ISEE delle famiglie se con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992), consapevole delle pene previste per false e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 496 del C.P., e consapevole, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. citato, che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, **sotto la propria personale responsabilità dichiara quanto segue:**

Il proprio nucleo familiare risulta anagraficamente così composto:

| NOME E COGNOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

DATI DEL MINORE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO
(UN MODULO PER OGNI BAMBINO)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

M F

CODICE FISCALE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

(compilare in modo leggibile e allegare copia della tessera sanitaria)

DICHIARA ALTRESÌ

► **CHE NEL NUCLEO FAMILIARE:** *(barrare le voci che interessano)*

- sono presenti entrambi i genitori;
- è presente un solo genitore in quanto:
 - vedovo/vedova
 - nubile/celibe
 - separato legalmente
 - divorziato
 - separato di fatto
 - coniuge residente altrove per qualsiasi motivo (emigrazione, detenzione, altro)

► **CHE LA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEL NUCLEO è LA SEGUENTE:**

PADRE

MADRE

Cognome e Nome

Cognome e Nome

Professione _____

Professione _____

► che il valore ISEE 2023 del proprio nucleo familiare è il seguente:
valore ISEE € _____ numero Protocollo INPS- ISEE _____;

► qualora non sia disponibile l'attestazione ISEE 2023 che il valore ISEE 2022 o ISEE corrente (specificare) _____ del proprio nucleo familiare è il seguente:
valore ISEE € _____ numero Protocollo INPS- ISEE _____;

► di essere edotto che il Comune di Pontenure si riserva la facoltà di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai richiedenti relativamente alle condizioni che hanno dato luogo alla concessione dei voucher.

► di essere informato che, ove a seguito dei sopra citati controlli, risultassero dichiarazioni false e/o mendaci di importanza tale da inficiare il beneficio del voucher, questo verrà revocato.

DICHIARA ALTRESI'

che il centro estivo per il quale si richiede il voucher è il seguente:

(Si prega di indicare la denominazione corretta e completa del centro estivo prescelto)

che la tariffa settimanale applicata dal centro estivo è la seguente: _____

CHIEDE

che il voucher comunale sia erogato per il seguente periodo di frequenza del centro estivo:

- n. settimane _____ (max 7)
- importo richiesto _____ €

che l'importo del voucher chiede sia liquidato a:

sul conto corrente intestato:

BANCA _____

IBAN *(compilare in stampatello leggibile ed allegare copia coordinate bancarie rilasciata da banca/ istituto di credito)*



Il/La sottoscritto/a padre/madre si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Pontenure eventuale variazione delle coordinate bancarie.

INFORMATIVA PRIVACY GENERALE Informazioni fornite ai sensi dell'Art.13 del Reg.UE 2016/679 (di seguito GDPR)

Riferimenti Titolare e contatti • il Titolare del Trattamento è lo scrivente Ente (Comune di Pontenure), in persona del Sindaco (Legale Rappresentante pro-tempore). Comune di Pontenure – v. Moschini,16 - 29010 Pontenure - P.IVA e C.F. 00211890330 Tel.: 0523.692011 – Pec: comune.pontenure@sintranet.legalmail.it • ai sensi e per gli effetti dell'Art.37 del GDPR, Il Comune ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati o Data Protection Officer (RPD / DPO), al quale è possibile rivolgersi per qualsiasi informazione in materia di privacy o per esercitare i diritti di seguito elencati. Contatti DPO: dr.ssa Simona Persil Email: dpo@comune.pontenure.pc.it.

SI ALLEGANO:

- Copia del documento d'identità del genitore dichiarante.

- se cittadini extracomunitari, copia non autenticata del permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità o, se scaduto, copia non autenticata del permesso di soggiorno corredata di ricevuta dell'ufficio postale che attesti l'avvenuta presentazione della domanda di rinnovo, ai sensi del D.lgs. n. 286/1998, di chi sottoscrive la domanda.

- attestazione ISEE

- copia iban

- altro (specificare) _____

Pontenure, lì _____

Firma del dichiarante
