

<b>Piano regionale annuale per lo sviluppo dello sport – anno 2015</b> <b>“Interventi per la promozione e il sostegno della pratica sportiva”</b> <b>Scheda “B” Misura di finanziamento ai Comuni per l’erogazione dei “Buoni Sport”</b>
<b>D.G.R. n. 1264 del 08.11.2016.</b>
<b>(art. 17 della L.R. n. 26/04)</b>

<b>Domanda di assegnazione di n. 1 “buono sport” a sostegno delle spese per l’esercizio della pratica motoria e sportiva.</b>
---

**SCADENZA 10.01.2017**

**Generalità del richiedente**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
----------------	--	-------------	--

**CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Generalità del beneficiario (se diverso)**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
----------------	--	-------------	--

**CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Luogo di nascita</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Via Piazza</b>		<b>Num. Civico</b>	
<b>Comune</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Telefono</b>		<b>Cellulare</b>	

**Attività motoria e sportiva** \_\_\_\_\_

**Periodo di svolgimento dell’attività motoria o sportiva** \_\_\_\_\_

**Presso l’Istituto o il Centro** \_\_\_\_\_

**Con sede in Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**Categoria di riferimento**

- minore
- anziano
- persona diversamente abile

## **Allega la seguente documentazione**

1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
2. attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
3. documentazione attestante le condizioni di disabilità dell'utente beneficiario rilasciata ai sensi della legge 104/92;

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, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

**Pisticci, li** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

### ***Spazio riservato all'Ufficio per l'istruttoria***

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="radio"/> a) ISEE fino a € 4.000,00                     | punti 3 |
| <input type="radio"/> b) ISEE da € 4.000,01 a € 6.000,00            | punti 2 |
| <input type="radio"/> c) da € 6.000,01 a € 11.305,72                | punti 1 |
|   |         |
| <input type="radio"/> a) diversamente abile fisico/psichico         | punti 3 |
| <input type="radio"/> b) minore (età compresa tra 6 anni e 17 anni) | punti 2 |
| <input type="radio"/> c) anziano (età oltre 65 anni)                | punti 1 |

#### ***Composizione del nucleo familiare***

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="radio"/> a) numero componenti fino a 5      | punti 1 |
| <input type="radio"/> b) numero componenti superiore a 5 | punti 2 |

TOTALE PUNTI \_\_\_\_\_