



Amministrazione destinataria
Comune di Castiglione della Pescaia

Ufficio destinatario
Ufficio protocollo

Domanda di concessione del "Buono sport"

anno sportivo

/

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	SNC
					CAP

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'assegnazione dei buoni sport per l'anno sportivo sopraindicato per il seguente corso

Denominazione del corso					
Periodo					
Dal mese			Al mese		
Associazione o società sportiva che eroga il corso					
Indirizzo della sede dell'associazione o società sportiva					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	SNC
					CAP

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☒ che il beneficio economico del buono sport è destinato al minore di cui sopra

☒ che il minore

☐ ha intenzione di frequentare il corso sopraindicato

☐ frequenta il corso sopraindicato

☒ che la partecipazione al corso ha il seguente costo

Costo per mese

€

Costo annuale

€

☒ di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

☐ che il minore destinatario del beneficio economico è in condizione di disabilità
pertanto allega copia della certificazione medica

CHIEDE INOLTRE CHE

in caso di assegnazione del buono, di effettuare il pagamento sul seguente conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

☐ il sottoscritto è intestatario del conto corrente

☐ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia della certificazione medica per minori in condizione di disabilità
- ☐ copia della ricevuta delle spese sostenute per l'attività sportiva
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castiglione della Pescaia

Luogo

Data

il dichiarante