Con il contributo di

Allegato A – Domanda di voucher sport 2026-2027

All'Unione Tresinaro Secchia Servizio Sociale Unificato

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

**Dati del richiedente**

| | |
|---|---|
| Cognome e nome | |
| Codice fiscale | |
| Luogo e data di nascita | |
| Comune di residenza | |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| E-mail / PEC | |
| In qualità di | ☐ genitore<br>☐ tutore legale<br>☐ altro esercente la responsabilità genitoriale |

**Dati del minore** *(compilare una domanda per ciascun minore)*

| | |
|---|---|
| Cognome e nome | |
| Codice fiscale | |
| Luogo e data di nascita | |
| Condizione | ☐ disabilità certificata con verbale INPS<br>☐ sovrappeso/obesità con complicanze con indicazione del medico competente |
| Attività sportiva (se già nota) | |
| Associazione/società organizzatrice (se già nota) | |

**CHIEDE**

l'assegnazione del voucher sport per la stagione sportiva 2026-2027 per il minore sopra indicato.
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per dichiarazioni false e della decadenza dai benefici (art. 75),

**DICHIARA**

☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'Unione Tresinaro Secchia;
☐ che il minore è presente nel proprio stato di famiglia e ha un'età compresa tra 6 e 17 anni;
☐ di avere un ISEE ordinario in corso di validità non superiore a € 30.000,00, valore € _____, protocollo DSU n. _____;
☐ che il minore si trova nella condizione indicata sopra, come da documentazione allegata;

☐ di non aver ricevuto/richiesto ☐ di aver ricevuto/richiesto altri contributi per la stessa attività, pari a € _____ da _____;
☐ di aver letto l'avviso e di accettarne le condizioni;
☐ di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 dell'avviso).

**Chiede che il voucher sia accreditato** sul conto corrente intestato o cointestato al richiedente:
IBAN _____ intestato a _____

**Allega:**
☐ copia del documento di identità del richiedente
☐ copia del verbale INPS (solo la parte che attesta il riconoscimento, senza diagnosi)
☐ attestazione/prescrizione del medico competente (sovrappeso/obesità)
☐ provvedimento di nomina del tutore (se ricorre)

Luogo e data _____ Firma _____