



Ambito territoriale n. 1 Cirò Marina

Mail: servizisociali@comune.ciromarina.kr.it

PEC : servizisociali.ciromarina@asmepec.it

Allegato B)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER DESTINATI A BAMBINI E RAGAZZI CON DISABILITÀ IN ETÀ SCOLARE (6-19 ANNI) PER LA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SOCIO-EDUCATIVE, RICREATIVE, SPORTIVE ED INCLUSIVE NELL'AMBITO DELL'INTERVENTO REGIONALE D.G.R. N.371 DEL 30.06.2026 DENOMINATO "LA MIA ESTATE" – FNPS – CUP: F89I26002530002

Il/la sottoscritto/a **richiedente** _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

alla Via/Piazza _____ CAP _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

In qualità di:

- ☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Beneficiario maggiorenne capace di agire

Del/la **beneficiario/a**

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

alla Via/Piazza _____ CAP _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio previsto dall'Avviso pubblico per l'assegnazione di voucher destinati a bambini e ragazzi con disabilità in età scolare (6-19 anni) per la partecipazione ad attività socio-educative, ricreative, sportive ed inclusive nell'ambito dell'intervento regionale "La Mia Estate".

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che il/la **beneficiario/a**:

☐ è residente in uno dei Comuni appartenenti all'ATS di Cirò Marina;

☐ ha un'età compresa tra 6 e 19 anni alla data di scadenza dell'Avviso;

☐ è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992

☐ L. 104/1992 art. 3 comma 1

☐ L. 104/1992 art. 3 comma 3

☐ è cittadino italiano;

oppure

☐ è cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea;

oppure

☐ è cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a inoltre

DICHIARA

- ☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS di Cirò Marina;
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- ☐ che il valore dell'ISEE è pari ad € _____;
- ☐ che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori a carico.

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente tutte le condizioni;
- ☐ che tutte le informazioni rese nella presente domanda sono veritiere;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati dichiarati;
- ☐ di essere consapevole che l'ATS di Cirò Marina potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità del richiedente;
- Copia del codice fiscale del richiedente;
- Certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno;
- Informativa privacy debitamente sottoscritta;
- Permesso di soggiorno (se previsto);

☐ Altra documentazione:

Scelta soggetto erogatore (fleggare con una x):

- **Il Girasole APS;**
- **Cooperativa Sociale Family Center;**
- **Associazione di Promozione Sociale “Miriam”**

RECAPITI PER LE COMUNICAZIONI

Telefono _____

e-mail _____

PEC _____

Il sottoscritto chiede che tutte le comunicazioni relative al presente procedimento siano inviate ai recapiti sopra indicati.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

(Allegare copia di un documento di identità in corso di validità)