



COMUNE DI TORTOLÌ

Provincia di Nuoro

AREA SOCIALE, SCOLASTICA E CULTURALE

AL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI TORTOLÌ

OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA DEI *CENTRI ESTIVI, SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI TERRITORIALI, CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA PER MINORI* - PERIODO GIUGNO-SETTEMBRE 2024

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore/altro nato a
_____ il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ in Via _____ tel.
_____ mail _____

CHIEDE

Che le venga assegnato il CONTRIBUTO per la frequenza dei CENTRI ESTIVI, *SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI TERRITORIALI, CENTRI CON FUNZIONE EDUCATIVA E RICREATIVA*, per minori, ai sensi dell'art. 42 del D.L. n. 48 del 04/05/2023 convertito con L. n. 85 del 03/07/2023

DICHIARA

- consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici;

a) Di essere cittadino italiano/a comunitario/a

OPPURE

b) Di essere cittadino/a straniero/a in possesso di regolare titolo di soggiorno:

N° _____ rilasciato da _____

Il _____ con scadenza _____

c) Che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti minori per i quali si chiede il contributo sottoforma di rimborso: _____

CHE il proprio nucleo familiare, secondo l'iscrizione ai registri anagrafici comunali, è così composto, oltre al dichiarante:

Cognome Nome	Relazione di parentela	Luogo e data di nascita

Che il proprio figlio/a _____ ha frequentato:

- IL CENTRO ESTIVO sito nel Comune di Tortoli _____
- SERVIZIO EDUCATIVO sito nel Comune di Tortoli _____
- SERVIZIO RICREATIVO sito nel Comune di Tortoli _____
- RIMBORSO di € 200,00 per quattro settimane
- RIMBORSO di € 160,00 per quattro settimane
- RIMBORSO di € 120,00 per quattro settimane
- MAGGIORAZIONE di € 30,00 a settimana per minore disabile

Oppure indicare per quante settimane ha frequentato il proprio figlio/a

- 1 settimana mese di _____
- 2 settimane mese di _____
- 3 settimane mese di _____
- di possedere l' ISEE 2024 in corso di validità pari a € _____;
- Che il/la proprio/a figlio/a è affetta da disabilità ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3

DICHIARA INOLTRE

Che per il mese/settimana per il quale si richiede il rimborso, **non ha usufruito** di nessun altro Contributo previsto dalla normativa statale/regionale ad esempio (Centri Estivi Diurni Inps) per l'anno 2024 per le medesime finalità;

CHIEDE:

che il versamento delle somme concesse sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario/Postale

