



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI
SANT'ANTONIO DI GALLURA

Oggetto: Richiesta di riconoscimento contributo di cui alla L.R. 7/2026 artt. 2 e 4, "sostegno alla fruizione dei centri estivi".

1.
Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
tel. _____ Mail _____

2.
Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
tel. _____ Mail _____

In qualità di

- Genitori esercente la responsabilità genitoriale;
- Affidatario in caso di minore in affidamento preadottivo;
- Legale Rappresentante del genitore, nel caso di genitore minorenni o incapace;
- Tutore Legale – Autorizzato dall'Autorità Giudiziaria a incassare le somme per i minori;

Del/i Minore/i (elencare i minori iscritti al centro estivo comunale per il quale si richiede il riconoscimento del contributo)

1) Nome e Cognome _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

2) Nome e Cognome _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Dichiarano:

Di aver letto e compreso il Bando e di essere consapevoli che la presentazione della domanda non comporta automaticamente il riconoscimento né l'erogazione del contributo, che resta subordinato alla verifica dei requisiti previsti e alla disponibilità delle risorse finanziarie.

- Di avere uno o più figli fiscalmente a carico, iscritti al centro estivo organizzato nel comune di Sant'Antonio di Gallura;
- Di essere in possesso dell'ISEE calcolato ai sensi dell'articolo 7 del D.P.C.M. n. 159/2013, per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare pari ad € _____;

Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Cognome	Nome	Grado di parentela	luogo e data di nascita	Disabilità riconosciute
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

I sottoscritti esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Firma 1 _____

Firma 2 _____

Documentazione da allegare:

- Eventuale certificazione medica attestante invalidità;
- documento di identità dei richiedenti, in corso di validità;
- ISEE 2026;

In caso di unico richiedente:

DICHIARA di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale.

Firma _____