Allegato B alla Deliberazione n. 89 del 03/11/2026

Spett.le

ASP "San Vincenzo de' Paoli"

Via Unità d'Italia n. 49

47018 Santa Sofia (FC)

OGGETTO: Domanda di assegnazione del Voucher Sport – stagione sportiva 2026-2027 (L.R. n. 8/2017 – D.G.R. n. 1235/2026). Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

DATI DEL RICHIEDENTE (genitore o tutore)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) ……

nato/a a …… (prov. ……) il ……/……/…… codice fiscale ……

residente nel Comune di …… in via/piazza …… n. ……

telefono …… e-mail/PEC ……

in qualità di: ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore legale (provvedimento ……)

DATI DEL MINORE

cognome e nome ……

nato/a a …… (prov. ……) il ……/……/…… codice fiscale ……

CHIEDE

l'assegnazione del Voucher Sport per la stagione sportiva 2026-2027, di importo massimo pari a € 250,00, per il minore sopra indicato, ai sensi dell'Avviso pubblico approvato dall'ASP "San Vincenzo de' Paoli".

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto,

DICHIARA

1. Residenza

che il richiedente e il minore sono residenti nel Comune di: ☐ Santa Sofia ☐ Galeata ☐ Civitella di Romagna ☐ Premilcuore

e che il minore è presente nello stato di famiglia del richiedente;

2. Situazione economica

di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità: ☐ ordinario ☐ minorenni

valore ISEE € …… (non superiore a € 30.000,00)

protocollo DSU n. …… rilasciata in data ……/……/……

3. Condizione del minore (barrare almeno una casella)

☐ che il minore ha una **disabilità certificata mediante verbale INPS** n./identificativo …… del ……/……/…… (invalidità civile / handicap L. 104/1992 / valutazione di base D.Lgs. 62/2024);

☐ che il minore si trova in **condizione di sovrappeso o obesità con complicanze** e che ha ricevuto indicazione di svolgere attività motoria o sportiva da: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Libera Scelta ☐ medico del team di secondo livello AUSL (D.G.R. n. 780/2013), con attestazione/prescrizione del ……/……/……;

e che il minore ha un'età compresa tra 6 e 17 anni alla data di presentazione della presente domanda;

4. Attività sportiva

che il minore è iscritto / sarà iscritto per la stagione sportiva 2026-2027 al seguente corso o attività:

soggetto erogatore (denominazione) ……

codice fiscale/P.IVA …… sede ……

☐ ASD/SSD iscritta al RASD n. …… ☐ ETS iscritto al RUNTS n. ……

disciplina/attività …… periodo dal ……/……/…… al ……/……/……

costo complessivo (iscrizione e frequenza) € ……

5. Altri contributi

☐ di **non** aver richiesto né ottenuto altri contributi pubblici o privati per la medesima spesa;

☐ di aver richiesto/ottenuto il seguente contributo per la medesima spesa: ente …… importo € ……;

6. Modalità di pagamento

☐ accredito sul conto corrente intestato/cointestato al richiedente – IBAN:

☐ delega al pagamento diretto del Voucher al soggetto erogatore dell'attività sopra indicato, a riduzione della quota dovuta dalla famiglia.

7. Ulteriori dichiarazioni

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

a) di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente le condizioni;

b) di impegnarsi a trasmettere all'ASP, entro il 29 gennaio 2027 (salvo diverso termine comunicato in caso di scorrimento), la documentazione di iscrizione e di pagamento prevista dall'art. 10 dell'Avviso, qualora non allegata alla presente domanda;

c) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati dichiarati, inclusa l'eventuale rinuncia all'attività;

d) di essere consapevole che l'ASP effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000;

e) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 12 dell'Avviso e riportata in calce alla presente domanda.

ALLEGATI

☐ copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

☐ copia del verbale INPS attestante la disabilità (con facoltà di oscurare la diagnosi);

☐ attestazione/prescrizione del medico competente (MMG/PLS/team di secondo livello AUSL);

☐ attestazione di iscrizione rilasciata dal soggetto erogatore (se disponibile);

☐ ricevuta/fattura quietanzata di pagamento (se disponibile);

☐ provvedimento di nomina del tutore (solo in caso di tutela legale).

Luogo e data ……

Firma del richiedente

……

INFORMATIVA SINTETICA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679)

Titolare del trattamento è l'ASP "San Vincenzo de' Paoli", Via Unità d'Italia n. 49, 47018 Santa Sofia (FC); RPD/DPO contattabile all'indirizzo [●]. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute del minore, sono trattati esclusivamente per la gestione del procedimento di assegnazione ed erogazione del Voucher Sport, in esecuzione di un compito di interesse pubblico (art. 6, par. 1, lett. e) e, per le categorie particolari di dati, per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9, par. 2, lett. g) del Regolamento; art. 2-sexies D.Lgs. 196/2003). Il conferimento è necessario; il rifiuto comporta l'impossibilità di dare corso alla domanda. I dati possono essere comunicati ai Comuni, alla Regione Emilia-Romagna e agli altri enti pubblici competenti per controlli e rendicontazione, nonché al soggetto erogatore in caso di delega al pagamento diretto; non sono diffusi, e le graduatorie sono pubblicate con il solo numero di protocollo. I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa sulla conservazione degli atti amministrativi. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. L'informativa completa è contenuta all'art. 12 dell'Avviso.