

MODULO DI DOMANDA

SCADENZA 10/12/2022

**COMUNE DI PUTIFIGARI -
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

P.zza Boyl n°6/8 - 07040 PUTIFIGARI (SS) Telefono 079905023

PEC: protocollo.putifigari@legalmail.it EMAIL: comune.putifigari@tiscali.it

AL SINDACO
AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PUTIFIGARI
P.ZZA BOYL , N° 9 07040 PUTIFIGARI

D.L. del 21.06.2022 n. 73, art. 39. Contributi a favore delle famiglie con figli da 0 a 17 anni di rimborso spese sostenute in attività ricreative centri estivi, servizi socio-educativi territoriali e di centri con funzione educativa e ricreativa. Periodo 4 Luglio - 30 Agosto 2022.

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME		NOME				
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA				
CODICE FISCALE						
INDIRIZZO N. CIVICO						
COMUNE DI RESIDENZA		CAP		PROV		
TELEFONO		CELLULARE				
EMAIL						

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo rivolto alle famiglie con figli di età 0/17 per spese sostenute per la frequenza di centri estivi, di servizi socio-educativi territoriali e di centri con funzione educativa e ricreativa, in attuazione del D.L. del 21.06.2022 n. 73, art. 39. **Periodo dal 04.07.2022 al 30.08.2022**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA

In qualità di: (barrare con una X le voci che interessano)

padre madre altro (specificare) _____

che il proprio nucleo familiare, è così composto:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante *)
			Dichiarante

*) precisare nello spazio apposito se si tratta di (C) coniuge, (F) figlio, (G) genitore (A) altro

che il proprio figlio/i, di seguito specificati hanno svolto nel periodo **04.07.2022 al 30.08.2022** attività organizzate dai centri estivi, dai servizi socio educativi territoriali e dai centri con funzione educativa e ricreativa erogato:

DATI DEL MINORE 1°

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO N. CIVICO			
COMUNE DI RESIDENZA	CAP		PROV

DENOMINAZIONE DELLA DITTA PARTITA IVA	
SEDE DELLE ATTIVITA'	
DENOMINAZIONE CENTRO/STRUTTURA FREQUENTATA	
PERIODO DI FREQUENZA	DAL ____/07/2022 AL ____/08/2022 TOTALI SETTIMANE ____
SPESA SOSTENUTA	

DATI DEL MINORE 2°

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO N. CIVICO			
COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV
DENOMINAZIONE DELLA DITTA PARTITA IVA			
SEDE DELLE ATTIVITA'/ DENOMINAZIONE CENTRO/STRUTTURA FREQUENTATA			
PERIODO DI FREQUENZA	DAL ____/07/2022 AL ____/08/2022 TOTALI SETTIMANE ____		
SPESA SOSTENUTA			

di non aver usufruito nell'anno in corso di altri interventi di finanziamento per i servizi oggetto del presente avviso

di aver presentato, per la stessa finalità, istanza anche all'**INPS** o _____ (indicare il nome dell'ente: esempio INPS od altro ente) prot n° _____ del _____ e che pertanto riceverò e/o che ho già ricevuto un rimborso parziale pari ad € _____ per il periodo **04.07.2022 al 30.08.2022**.

di non aver presentato domanda ad altri enti per il rimborso delle rette pagate di attività organizzate dai centri estivi, dai servizi socioeducativi territoriali e dai centri con funzione educativa e ricreativa per il periodo **04.07.2022 al 30.08.2022**, da parte del proprio figlio per il quale si chiede il beneficio.

che nel periodo compreso fra il **04.07.2022** al **30.08.2022** la situazione pagamento rette per svolgere attività organizzate dai centri estivi, dai servizi socioeducativi territoriali e dai centri con funzione educativa e ricreativa relativa al minore per il quale si chiede il beneficio, è la seguente, come da documentazione allegata:

PERIODO DAL 04.07.2022 AL 30.08.2022	TIPOLOGIA SERVIZIO (specificare: centri estivi, servizi socioeducativi territoriali, centri con funzione educativa e ricreativa)	NUMERO SETTIMANE USUFRUITE	IMPORTO RETTA SETTIMANALE PAGATO	IMPORTO TOTALE PAGATO PER 4 SETTIMANE	IMPORTO GIA' RIMBORSATO DA ALTRO ENTE Esempio INPS (SPECIFICARE L'Ente)
LUGLIO		N°	€	€	€ _____ _____
AGOSTO		N°	€	€	€ _____ _____

CHIEDE

che il pagamento del contributo spettante sia effettuato mediante 'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla propria carta prepagata con il seguente Codice IBAN (intestato al richiedente):

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Banca _____, Agenzia di _____

Il sottoscritto **DICHIARA ALTRESI'**

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30.06.2003 n°196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa;

di essere consapevole delle responsabilità penali a suo carico, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto, decade dal diritto al beneficio, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

✓ di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare i controlli per accertare la veridicità di quanto dichiarato;

✓ di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti,

✓ dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 679/2016) pubblicata sul sito istituzionale del **Comune di Putifigari** e allegata all'Avviso Pubblico della presente Misura e di averne compreso l'intero contenuto e di averle comprese in tutte le loro parti e di averle comunicate anche all'altro genitore

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali di seguito riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Il/la Dichiarante

(firma leggibile per esteso)

Si allega alla presente:

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente **in corso di validità**;
- documentazione comprovante l'avvenuto pagamento delle rette (fatture e/o ricevute).

Firma del richiedente

Firma dell'altro genitore

(firme leggibili per esteso)

Nel caso in cui risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Firma del richiedente

(firma leggibile per esteso)

