

Allegato B 3 - Modello Domanda art. 22 L. 8/2025
All'Unione Montana del Catria e Nerone
Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3
Via G. Lapis n. 8 Cagli (PU)

DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI
"Interventi per la famiglia"
di cui alla L.R. n. 8/2025 - DGR 923/2026

Il sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____ in Via _____ n. _____,
Telefono _____ Cellulare _____
e-mail _____

In qualità di genitore e/o tutore legale del minore _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

la concessione di un contributo economico per
AZIONE 4 – ART. 22 L. 8/2025 Interventi a favore delle famiglie per l'avviamento e la frequenza di percorsi sportivi dei propri figli con età compresa tra 0 e 17 anni. SPESE RIFERITE AL PERIODO DAL 01/09/2025 AL 31/08/2026 (contributo erogabile massimo 300,00€ per figlio)

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e nella piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dai reati previsti dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 dello stesso D.P.R. per le dichiarazioni false,

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti (*barrare con una X le caselle*)

- ☐ Residenza anagrafica dell'intero nucleo familiare in uno dei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale Sociale n. 3, precisamente nel Comune di _____
- ☐ Cittadinanza italiana, ovvero cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero cittadinanza di uno stato non appartenente all'Unione Europea purché in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ☐ che il minore ha partecipato ad attività sportive organizzate da associazioni o società sportive dilettantistiche, enti di _____

promozione sportiva o altri soggetti autorizzati, nel periodo compreso tra il 01/09/2025 e il 31/08/2026;

- ☐ che il minore, al momento del sostenimento della spesa, aveva un'età compresa tra 0 e 17 anni, anche qualora alla data di presentazione della domanda abbia compiuto la maggiore età;
- ☐ di non aver beneficiato di altri contributi, rimborsi o agevolazioni pubbliche per le medesime spese oggetto della presente domanda;

OPPURE

- ☐ di aver beneficiato di altri contributi, rimborsi o agevolazioni pubbliche per le medesime spese, per un importo complessivo pari a € _____, e di richiedere il contributo esclusivamente per la quota di spesa non coperta da tali benefici;
- ☐ che la quota di spesa per la quale viene richiesto il contributo, pari ad € _____ non è stata e non sarà oggetto di ulteriori richieste di contributo pubblico, nel rispetto del principio di non cumulabilità.

DICHIARA INOLTRE CHE

la documentazione di seguito indicata costituisce dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, delle spese sostenute nel periodo dal 01/09/2025 al 31/08/2026 per le finalità indicate nel presente Bando (DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE):

- fattura/ricevuta n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
Relativa _____ al _____ periodo _____

- fattura/ricevuta n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
Relativa _____ al _____ periodo _____

- fattura/ricevuta n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
Relativa _____ al _____ periodo _____

- fattura/ricevuta n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
Relativa _____ al _____ periodo _____

- fattura/ricevuta n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
Relativa _____ al _____ periodo _____

Firma

CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI SCEGLIENDO LA SEGUENTE MODALITÀ:

- ☐ consegna a mano presso gli uffici dell' *Unione Montana del Catria e del Nerone*, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU), previo appuntamento telefonico al numero 0721781088. - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione;
- ☐ attraverso *Posta Elettronica Certificata (PEC)* dell' *Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli* all'indirizzo cm.cagli@emarche.it - Farà fede la data di invio;
- ☐ consegna a mano tramite gli Sportelli dell'Ambito Territoriale Sociale 3 - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

- ☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico, nonché delle informazioni relative all'avvio del procedimento ai sensi della Legge n. 241/1990.

Luogo e data _____

Firma
