

AL COMUNE DI SOGLIANO CAVOUR

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

PEC:

*servizisociali.comunesoglianoc@pec.rupar.puglia.it*

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO (Prot. n. 5243/2024) PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA POTENZIALE PLATEA DEI MINORI DI ETÀ COMPRESA TRA 6 E 16 ANNI, APPARTENENTI A FAMIGLIE RESIDENTI NEL TERRITORIO COMUNALE, INTERESSATI ALLA PARTECIPAZIONE AI "CENTRI ESTIVI 2024" PRESSO IL PARCO ACQUATICO "SPLASH" DI GALLIPOLI E PRESSO IL "PARCO DELLA POESIA" IN SOGLIANO CAVOUR. Istanza di partecipazione -**

Il/la sottoscritt.. .....nat..... a ..... il  
..... residente a .....Prov.....  
via.....n....., Cod. Fisc..... recapito  
telefonico(**cellulare obbligatorio**).....recapito tel. fisso.....  
email .....@....., PEC.....@.....con  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) a ..... in Via/P.zza  
..... n. ...., in qualità di .....

VISTO l'avviso pubblico n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_,

*Cognome e Nome*

di anni \_\_\_\_ ;

*oppure*

che i propri figli:

1) \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, di anni \_\_\_\_;

*Cognome e Nome*

2) \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, di anni \_\_\_\_;

*Cognome e Nome*

3) \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, di anni \_\_\_\_;

*Cognome e Nome*

4) \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, di anni \_\_\_\_;

*Cognome e Nome*

partecipi/no ai **Centri Estivi 2024**, organizzati dal Comune di Sogliano Cavour e rivolti a minori di età da 6 a 16 anni ed ivi residenti, e come di seguito indicato (*barrare una o entrambe le opzioni di interesse*):

- Centro Estivo** per minori di età compresa tra i 6 ed i 16 anni, proposto da “Water Splash Srl” di Cutrofiano (LE) presso il **Parco Acquatico “SPLASH” di Gallipoli, dal 01 al 12 luglio 2024, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,30 alle ore 13,30;**
- Centro Estivo** per minori di età compresa tra i 6 ed i 16 anni, **a cura di Kalikardia di Elena Mangia**, naturopata, terapeuta manuale e operatrice Mi Zai Shiatsu, esperta in bioterapia nutrizionale, biopsicoenergetiche e naturali, presso il **Parco della Poesia in Sogliano Cavour, dal 4 luglio 2024 al 25 luglio 2024 (4 giovedì), dalle 18,30 alle 19,30.**

*A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all’art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall’art. 76;*

### DICHIARA

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000*

- di essere cittadino italiano oppure \_\_\_\_\_ (indicare la denominazione dello Stato facente parte dell’Unione Europea);  

*oppure*
- di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la denominazione dello Stato non facente parte dell’Unione Europea e di essere in possesso di un permesso di soggiorno, in corso di validità);
- di essere residente nel Comune di Sogliano Cavour;
- che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome e Nome	Data nascita	Relaz. Parentela	Disabilità e/o patologie gravi	minori
1.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
2.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
3.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
4.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
5.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

- Che il proprio nucleo familiare ha un'Attestazione ISEE in corso di validità il cui valore è pari ad € \_\_\_\_\_;

*Oppure*

- Che il proprio nucleo familiare non dispone di un'Attestazione ISEE in corso di validità e si impegna a produrla entro n. 5 giorni dalla data della presente istanza;

*Oppure*

- Che il proprio nucleo familiare non dispone di un'Attestazione ISEE in corso di validità e provvederà a pagare al Comune di Sogliano Cavour la quota intera di compartecipazione al costo del proprio figlio o dei propri figli, come previsto dall' Avviso Pubblico protocollo n. 5243 del 19/06/2024
- Di non essere percettore di altri contributi pubblici per la medesima finalità.

### **DICHIARA INOLTRE**

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Sogliano Cavour, che consentiranno l'accesso ai benefici, come precisate nel relativo Avviso Pubblico (Protocollo comunale n. 5243 del 19/06/2024), ivi compreso l'impegno a versare al Comune di Sogliano Cavour, ove prevista, la quota di compartecipazione al costo del servizio, se dovuta, che sarà comunicata dall'Ufficio competente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;
- di essere a conoscenza che il Comune di Sogliano Cavour, in sede di istruttoria o successivamente, potrà esperire controlli, accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda. Pertanto, con la presente, autorizza il trattamento dei propri dati personali.

....., lì .....

Il/La dichiarante

.....

#### **Si Allega:**

- 1) **Documento Di Riconoscimento Valido del Dichiarante;**
- 2) **Attestazione ISEE in corso di validità;**
- 3) **Certificato medico di sana e robusta costituzione e/o autocertificazione**

#### **ISTRUZIONI:**

- è possibile inviare la presente domanda tramite PEC al seguente indirizzo [servizisociali.comunesoglianoc@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizisociali.comunesoglianoc@pec.rupar.puglia.it) allegando copia di un documento di riconoscimento valido ( carta di identità, patente di guida, passaporto) ed Attestazione ISEE in corso di validità oppure in cartaceo all'ufficio protocollo comunale (fino al giorno di apertura al pubblico degli uffici comunali);
- In caso di impossibilità ad inviare PEC oppure per essere supportato nella presentazione della domanda è possibile rivolgersi all'Ufficio di Segretariato Sociale attivo presso il Comune o contattare telefonicamente l'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale Comunale al n. **0836/1903540**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00, - 15.30-18.30.