



Comune di Coriano
Provincia di Rimini

CON IL CONTRIBUTO DI



**SPORT
VALLEY**

Emilia-Romagna



**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER QUALE SOSTEGNO PER
L'ACCESSO DEI MINORI ALLA PRATICA MOTORIA E SPORTIVA - ANNO 2026 -
FINANZIATO DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA MODULO DI DOMANDA DI
AMMISSIONE**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
_____ Provincia _____ C.A.P. _____ via _____
_____ n. _____ Cittadinanza _____
C.F: _____ Tel. _____
PEC _____ Mail _____

CHIEDE

l'ammissione alla "**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER
A SOSTEGNO DELL' ACCESSO DEI MINORI ALLA PRATICA MOTORIA E SPORTIVA
- ANNO 2026 - AI SENSI DELLA DGR N. 1235/2026.**"

E

consapevole della "decadenza dei benefici" eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000) e delle "norme penali" previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ivi indicate, (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

(barrare le caselle)

1. di conoscere ed accettare integralmente, senza riserva alcuna, la "**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER A SOSTEGNO DELL' ACCESSO DEI MINORI ALLA PRATICA MOTORIA E SPORTIVA - ANNO 2026 - AI SENSI DELLA DGR N. 1235/2026.**" di cui alla Determinazione n. 463 del 24/08/2026;

2. che il proprio nucleo familiare, ai fini della regolare partecipazione alla procedura di selezione, è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	PARENTELA	DISABILITA' (indicare sì o no)	SOVRAPPESO/OBESITA' (indicare sì o no)	RICHIESTA VOUCHER (apporre una croce)

3. che il valore ISEE ordinario in corso di validità del nucleo familiare è non superiore ad € 30.000,00 ed è precisamente pari ad € _____ come da attestazione rilasciata in data ____/____/____;
4. di aver preso visione dell'informativa sulla privacy contenuta nell'avviso pubblico di cui alla Determinazione n. 463 del 24/08/2026;
5. di dichiarare, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, la condizione di disabilità o lo stato di sovrappeso/obesità per i componenti del nucleo indicati nella tabella sopra riportata;
6. di dare mandato affinché il voucher, una volta concesso venga accreditato sul conto corrente intestato a:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____ Codice fiscale _____

resistente a

_____ in via/piazza _____ n. _____.

Indicare nelle caselle sottostanti il codice IBAN:

[illegible]

Coriano, _____

FIRMA

Si allegano alla presente domanda:

- copia di documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- copia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità ai sensi del D.Lgs. n. 286/1998 del richiedente (per i cittadini non comunitari);
- copia della documentazione attestante:
 1. condizione di disabilità certificata mediante Verbale INPS;
 2. condizione di sovrappeso o obesità, mediante attestazione o prescrizione rilasciata, a seconda dei casi, dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera Scelta o dal medico del Team di secondo livello per bambini sovrappeso o obesi attivo presso le AUSL regionali.