Al Comune di Magliano Sabina

Area I Affari Generali

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_ residente a prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_n. Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del Dpr n. 445/2000)

*(compilare solo se la domanda viene fatta da persona facente le veci dell’interessato-beneficiario)* Cognome e Nome nato/a a Prov. il residente a Prov. cap. Via n. Tel. cell. email Codice Fiscale in qualità di dell’interessato/a *(Indicare se genitore, fratello/sorella, coniuge, convivente, amministratore di sostegno, tutore, ecc.)*

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico in esecuzione alla Determina del Comune di Magliano Sabina n. 57 del 31/12/2021, indetto dal Comune per l’assegnazione di contributo (fino ad un limite massimo pro-capite di €. 1.000,00 – mille/00), a titolo di rimborso dei costi sostenuti per servizi quali ADI – quote di partecipazioni a centri diurni - trasporti casa/attività/lavoro di persone con disabilità( a titolo esemplificativo ( servizi di trasporto personalizzato mezzi attrezzati, accompagnamento, etc… )

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

* di essere in possesso della certificazione ex L. 104 – art. 3 co.3
* di essere residente nel Comune di Magliano Sabina dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre

Di aver sostenuto le seguenti spese per seguenti servizi di cui è fruitore e di allega certificazione fiscale:

di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali ivi indicati. Dichiara inoltre di aver preso visione di quanto indicato nell’Avviso pubblico per l’assegnazione di contributi a sostegno delle spese sostenute per i servizi per disabili e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30 giugno 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 viene resa. L’informativa è reperibile al seguente link <http://www.halleyweb.com/c057035/zf/index.php/trasparenza/index/index/categoria/209>

e con la sottoscrizione della domanda se ne accetta il contenuto e si autorizza l’utilizzo dei dati.

**DICHIARA inﬁne**

che il Conto Corrente Bancario e/o Postale da utilizzare per l’erogazione dell’eventuale contributo che verrà concesso a seguito della presentazione della presente domanda, è intestato a residente in Via/Piazza n.\_ Comune di Tel. C.F.

\_ presso (Posta o Banca)

filiale di \_ con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAE SE | | CIN EUR | | CI N | ABI | | | | | CAB | | | | | CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ALLEGA

*(barrare la documentazione obbligatoria presentata)*

1. fotocopia del Documento d’identità del beneficiario del contributo e del richiedente se diverso dal beneficiario (in caso di riscossione del contributo tramite delega, è necessario allegare anche fotocopia del documento d’identità del delegato);
2. (solo per i cittadini di Stati non appartenenti all’Unione Europea) fotocopia del documento di soggiorno in corso di validità;
3. (solo in caso di riscossione tramite accredito su C/C bancario o C/C postale o Carta di pagamento) fotocopia del codice IBAN.

Luogo e data \_ Firma