



# COMUNE DI CAVRIGLIA

Provincia di Arezzo

Servizi Sociali via P. Piemonte –52022 Cavriglia –tel.055/9669734-737

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Cavriglia

## MODULO DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE

### AVVISO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI FINALIZZATI A FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DI MINORI CON DISABILITA' AD ATTIVITA' DI INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE ORGANIZZATE NEL PERIODO ESTIVO

Il/la Sottoscritto/a..... nat... a .....  
il giorno .... / .... / ..... C. F. .... Cittadinanza .....  
residente nel Comune di ..... via/p.zza/loc..... n..... Prov.  
..... C.A.P. .... Tel. .... indirizzo mail .....

In qualità di:

- madre  specificare se unico genitore (da barrare solo se la madre e l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)
- padre  specificare se unico genitore (da barrare solo se la madre e l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

- altro soggetto a cui è attribuita ai sensi della normativa vigente la responsabilità genitoriale

del minore ..... nat... a .....  
il giorno .... / .... / ..... C. F. .... Cittadinanza .....  
e residente nel Comune di ..... via/p.zza/loc..... n.....  
Prov. .... C.A.P. .... indirizzo mail .....

### CHIEDE DI POTER PARTECIPARE AL BANDO in oggetto

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

1. Che il proprio **nucleo familiare è composto da n. .... minori;**
2. Che all'interno del proprio nucleo familiare è presente un **minore in possesso di certificazione attestante la condizione di disabilità certificata** ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
3. Che, nel caso di utente beneficiario del bando 2025, si sia in regola con la restituzione delle somme non utilizzate, se dovute a questo Ente;

SI  NO

4. Che la situazione economica del proprio nucleo è la seguente:  
**ISEE in corso di validità €.....**

**Altri contributi economici percepiti specifici per la disabilità** (es. indennità di frequenza, contributo gravissime disabilità, contributo DGRT 212/2021)

SI

NO

Se sì, specificare quale/i:

.....  
.....

Modalità di riscossione prestazioni economiche

RISCOSSIONE DIRETTA C/O TESORERIA

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

Di essere a conoscenza che la spesa sostenuta deve essere rendicontata **entro il 30 SETTEMBRE 2026**, consegnando le ricevute di pagamento al Servizio Sociale del Comune di Cavriglia tramite l'apposito modulo, all'ufficio protocollo del Comune di Cavriglia, negli orari di apertura oppure inviando la documentazione tramite PEC all' indirizzo di posta elettronica certificata: [comune.cavriglia@postacert.toscana.it](mailto:comune.cavriglia@postacert.toscana.it); oppure tramite e-mail all'indirizzo: [protocollo@comune.cavriglia.ar.it](mailto:protocollo@comune.cavriglia.ar.it)

LUOGO \_\_\_\_\_, DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**1) Allegare copia carta identità**

**2) Allegare copia della certificazione di disabilità (Legge 104/1992).**