



Regione Emilia-Romagna

**MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE**

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.

1. di conoscere ed accettare integralmente, senza riserva alcuna, “L'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” e tutti gli atti ad esso relativi, resi disponibili sul sito internet del Comune di Riccione (www.comune.riccione.rn.it) e presso l'Ufficio Sport del Comune di Riccione (Viale Vittorio Emanuele II, 2);

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)	RICHIESTA VOUCHER apporre una croce

3. che il valore ISEE ordinario in corso di validità è pari ad Euro _____ come da attestazione rilasciata in data ____/____/____;
4. di non aver fruito di altre misure analoghe concesse per le medesime prestazioni da enti statali, provinciali o altri pubblici.
5. di conoscere l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo, n. 679/2016, pubblicato sul sito del Comune di Riccione ed autorizzare il trattamento dei dati personali miei e del minore (o dei minori) per i quali richiedere l'ammissione all'avviso pubblico, ai fini della presente procedura e per gli effetti della suddetta norma.

ALLEGO

1. copia fotostatica semplice di un mio documento di identità, in corso di validità, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
2. copia ISEE 2026;
3. eventuale documentazione certificante la disabilità dichiarata (per chi ha dichiarato la disabilità).

Luogo e data

Firma

_____/____/____
