

**DOMANDA
CONTRIBUTO
CENTRI ESTIVI 2024**



Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____ residente in
_____ alla via _____ CAP _____
telefono _____ email _____
in qualità di DIPENDENTE - TITOLARE/SOCIO
dell'Azienda / Società: _____
IBAN _____

DICHIARA:

- di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 sulle sanzioni civili e penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e che i dati della presente domanda sono veri.
- **CHE NON HA PRESENTATO E NON PRESENTERA' NELL'ANNO 2024 ALL'ENTE BILATERALE ALTRE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER SE STESSO O PER LO STESSO FIGLIOLO**

DICHIARA :

che i componenti del proprio nucleo familiare sono:

COMPONENTE NUCLEO	COGNOME/NOME	LUOGO E DATA NASCITA
PADRE		
MADRE		
FIGLIO/A		
FIGLIO/A		
FIGLIO/A		
FIGLIO/A		

CHIEDE

per _____ il contributo pari ad € 150,00 per le spese per la frequenza di **Centri Estivi, Campi scuola, Asili privati, ecc.** e altre spese escluse dal Welfare Contrattuale del CCNL Terziario – Confcommercio e dalle agevolazioni fiscali) **sostenute nel corso del 2024**

ALLEGA

- copia della carta d'identità e tessera sanitaria del richiedente;
- copia tessera sanitaria del figlio per cui si presenta la domanda;
- ultima busta paga (se dipendente) o documentazione attestante il versamento del contributo all'Ente (se titolare o socio);
- documentazione di spesa (fatture/ricerve di pagamento rilasciate da piscine, palestre, spa, centri di estetica ed altro)
- Attestazione ISEE (v. art. 4 del Bando - facoltativa)

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali, ai sensi del articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), per le finalità previste dal presente Bando

Lecce, _____

Firma _____