



COMUNE DI BERCHIDDA
Provincia della Gallura Nord-Est Sardegna

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI BERCHIDDA

Oggetto: Richiesta di riconoscimento contributo di cui alla L.R. 7/2026 artt. 2 e 4, "sostegno alla fruizione dei centri estivi".

1. Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ tel. _____
Mail _____

2. Il/La sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ tel. _____
Mail _____

In qualità di

- Genitori esercente la responsabilità genitoriale;
- Affidatario in caso di minore in affidamento preadottivo;
- Legale Rappresentante del genitore, nel caso di genitore minorenni o incapace;
- Tutore Legale – Autorizzato dall'Autorità Giudiziaria a incassare le somme per i minori;

del/i Minore/i (elencare i minori iscritti al centro estivo comunale per il quale si richiede il riconoscimento del contributo)

1) Nome e Cognome _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

2) Nome e Cognome _____ nata/o il _____
a _____ e residente a _____
via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Dichiarano:

- Di aver letto e compreso il Bando e di essere consapevoli che la presentazione della domanda non comporta automaticamente il riconoscimento né l'erogazione del contributo, che resta subordinato alla verifica dei requisiti previsti e alla disponibilità delle risorse finanziarie.
- Di avere uno o più figli fiscalmente a carico, iscritti al centro estivo organizzato nel comune di Sant'Antonio di Gallura;
- Di essere in possesso dell'ISEE calcolato ai sensi dell'articolo 7 del D.P.C.M. n. 159/2013, per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare pari ad € _____;
- Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Disabilità riconosciute
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma 1 _____ Firma 2 _____

Documentazione da allegare:

- Eventuale certificazione medica attestante invalidità;
- Documento di identità dei richiedenti, in corso di validità;
- ISEE 2026.