



**Allegato B 3 - Modello Domanda art. 22 L. 8/2025**  
**All'Unione Montana del Catria e Nerone**  
**Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3**  
**Via G. Lapis n. 8 Cagli (PU)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI BENEFICI**  
**"Interventi per la famiglia"**  
**di cui alla L.R. n. 8/2025 - DGR 923/2026**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore e/o tutore legale del minore** \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la concessione di un contributo economico per**  
**AZIONE 4 – ART. 22 L. 8/2025 Interventi a favore delle famiglie per l'avviamento e la frequenza di percorsi sportivi dei propri figli con età compresa tra 0 e 17 anni. SPESE RIFERITE AL PERIODO DAL 01/09/2025 AL 31/08/2026 (contributo erogabile massimo 300,00€ per figlio)**

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e nella piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dai reati previsti dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 dello stesso D.P.R. per le dichiarazioni false,

**DICHIARA**

di possedere i seguenti requisiti (*barrare con una X le caselle*)

- ☐ Residenza anagrafica dell'intero nucleo familiare in uno dei Comuni afferenti all'Ambito Territoriale Sociale n. 3, precisamente nel Comune di \_\_\_\_\_
- ☐ Cittadinanza italiana, ovvero cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero cittadinanza di uno stato non appartenente all'Unione Europea purché in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ☐ che il minore ha partecipato ad attività sportive organizzate da associazioni o società sportive dilettantistiche, enti di



promozione sportiva o altri soggetti autorizzati, nel periodo compreso tra il 01/09/2025 e il 31/08/2026;

- ☐ che il minore, al momento del sostenimento della spesa, aveva un'età compresa tra 0 e 17 anni, anche qualora alla data di presentazione della domanda abbia compiuto la maggiore età;
- ☐ di non aver beneficiato di altri contributi, rimborsi o agevolazioni pubbliche per le medesime spese oggetto della presente domanda;

OPPURE

- ☐ di aver beneficiato di altri contributi, rimborsi o agevolazioni pubbliche per le medesime spese, per un importo complessivo pari a € \_\_\_\_\_, e di richiedere il contributo esclusivamente per la quota di spesa non coperta da tali benefici;
- ☐ che la quota di spesa per la quale viene richiesto il contributo, pari ad € \_\_\_\_\_ non è stata e non sarà oggetto di ulteriori richieste di contributo pubblico, nel rispetto del principio di non cumulabilità.

### DICHIARA INOLTRE CHE

la documentazione di seguito indicata costituisce dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, delle spese sostenute nel periodo dal 01/09/2025 al 31/08/2026 per le finalità indicate nel presente Bando (DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE):

- fattura/ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_  
Relativa \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

- fattura/ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_  
Relativa \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

- fattura/ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_  
Relativa \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

- fattura/ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_  
Relativa \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

- fattura/ricevuta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_  
Relativa \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

Infine dichiara di essere a conoscenza che l'Ente potrà eseguire tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata l'assegnazione del contributo.

- ☐ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità (del soggetto che presenta l'istanza) e del figlio;
- ☐ Copia dell'ISEE minorenni in corso di validità. Nel caso in cui l'ISEE non sia disponibile entro i termini di scadenza del bando allegare copia della ricevuta attestante la presentazione della DSU;
- ☐ Per i cittadini stranieri non appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea: copia del permesso di soggiorno. In caso di rinnovo di permesso, copia della ricevuta attestante la richiesta;
- ☐ Copia del codice IBAN del conto corrente intestato o cointestato al richiedente;
- ☐ Allegato C "Modello dichiarazione spese sostenute", compilato e sottoscritto dal soggetto erogatore / legale rappresentante, completo di timbro e copia del documento di identità;
- ☐ Documentazione attestante il pagamento delle spese sostenute per i servizi oggetto della presente domanda, quali, a titolo esemplificativo, copia dei bonifici effettuati, bollettini postali, ricevute PagoPA o altra documentazione idonea comprovante l'avvenuto pagamento.

intestato a .....  
presso ..... Agenzia/filiale di.....

[illegible]

Non sarà possibile procedere all'erogazione del contributo su conto corrente postale associato a libretto.

Firma

Comune di Serra Sant'Abbondio Prot. n. 0003528 del 02-09-2026 arrivo Cat.7 Cl.12



**CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI SCEGLIENDO LA SEGUENTE MODALITÀ:**

- ☐ consegna a mano presso gli uffici dell'Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU), previo appuntamento telefonico al numero 0721781088. - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione;
- ☐ attraverso *Posta Elettronica Certificata (PEC)* dell'Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli all'indirizzo [cm.cagli@emarche.it](mailto:cm.cagli@emarche.it) - Farà fede la data di invio;
- ☐ consegna a mano tramite gli Sportelli dell'Ambito Territoriale Sociale 3 - Farà fede la data di ricezione apposta sulla domanda dall'incaricato al ricevimento, che provvederà a rilasciarne copia al soggetto richiedente quale attestazione dell'avvenuta presentazione.

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.**

- ☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico, nonché delle informazioni relative all'avvio del procedimento ai sensi della Legge n. 241/1990.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_