

COMUNE DI ARZIGNANO

Settore Sport

10° EDIZIONE "BONUS SPORT 2019"

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

Il sottoscritto NOME: _____ COGNOME: _____

Data di nascita ___/___/___; Luogo di nascita: _____

CODICE FISCALE: _____;

residente a Arzignano in via _____ n° _____

e-mail: _____ Tel. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, al fine di accedere al "Bonus Sport" per l'anno 2018-19

DICHIARA

di essere residente ad Arzignano	SI	NO
----------------------------------	----	----

Se straniero, di essere regolarmente soggiornante (allegare titolo di soggiorno)* ¹	SI	NO
--	----	----

- che i figli fiscalmente a carico sono:

1. Nome _____ Cognome _____
2. Nome _____ Cognome _____
3. Nome _____ Cognome _____
4. Nome _____ Cognome _____
5. Nome _____ Cognome _____
6. Nome _____ Cognome _____

- che i figli per cui si richiede l'erogazione del Bonus sono:

1. _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

Tesserato nel 2018-19 presso la società sportiva *² _____

2. _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

Tesserato nel 2018-19 presso la società sportiva *² _____

3. _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

Tesserato nel 2018-19 presso la società sportiva *² _____

4. _____ nato a _____ il ___ / ___ / ___

è portatore di handicap, come da copia certificato da apposita Commissione medica*⁴
_____ e frequenta le attività promosse dalla società sportiva *³ _____

COMUNE DI ARZIGNANO

Settore Sport

che nei confronti dell'Amministrazione Comunale è in situazione debitoria	SI	NO
---	----	----

- che il valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente calcolato sulla base del D.P.C.M. 159/2013*3 – valore da considerare è quello per prestazioni agevolate rivolte a minorenni) relativo al proprio nucleo familiare, non supera il tetto massimo di € 25.000,00 ed è pari ad € _____.

Qualora il contributo venisse erogato, si prega di provvedere al pagamento a favore del richiedente tramite (una scelta esclude l'altra):

- versamento presso l'Istituto Bancario: _____
Coordinate Bancarie: Cod. IBAN _____
Intestato a _____
- Pagamento in contanti presso la Tesoreria con quietanza di _____
Data di nascita ___/___/____; Luogo di nascita _____
C.F. _____
- importo € _____
versamento a favore della Società Sportiva _____
presso l'Istituto Bancario: _____
Coordinate Bancarie: Cod. IBAN _____
Intestato a _____

Il richiedente dichiara l'inesistenza di motivi di incompatibilità di diritto o di fatto, o di situazioni anche potenziali di conflitto di interessi con il personale dell'Ufficio Sport.

Informativa sul trattamento dei dati

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Arzignano, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che:

1. i suoi dati personali, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali, e saranno trattati, utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici, al solo fine di permettere l'attivazione dei procedimenti amministrativi, l'erogazione di servizi o la prosecuzione di rapporti in essere con il Comune.
2. Lei potrà avvalersi dei diritti previsti dal Regolamento sul trattamento dei dati specificati nell'informativa completa disponibile presso gli sportelli degli uffici o sul sito internet del comune all'indirizzo: www.comune.arzignano.vi.it

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento è Il Comune di Arzignano con sede in Piazza Libertà 12, tel. 0444/476515 fax: 0444/476513 P.E.C: arzignano.vi@cert.ip-veneto.net nella persona del suo Rappresentante legale pro tempore il Sindaco.

Data ___ / ___ / 2019

Firma del Dichiarante*5 _____

SI ALLEGANO:

***1: Titolo di soggiorno valido;**

***2 Attestazione della/e Società Sportive relativa al pagamento delle quote societarie e tesseramento alla data della domanda;**

***3: Copia Certificato Commissione Medica (se ricorre il caso);**

***4: Copia dell'Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;**

***5: Copia di un documento di identità valido.**