

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTO ECONOMICO DESTINATO ALLE FAMIGLIE A RIMBORSO DELLA SPESA PER LA FREQUENZA DEI CENTRI ESTIVI E RICREATIVI ESTATE 2024.

AL COMUNE DI BREGANZE (VI)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

telefono _____

mail _____

codice fiscale _____

in qualità genitore/tutore del/i minore/i:

1. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____ Provincia _____

2. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____ Provincia _____

3. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____ Provincia _____

4. Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____ Provincia _____

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. sopra indicato:

- 1) di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo al contributo economico destinato alle famiglie per la frequenza dei centri estivi – estate 2024;
- 2) che il/i minore/i indicato sopra indicati è/sono residente/i nel Comune di Breganze;
- 3) di non aver ricevuto altri contributi destinati alla medesima finalità da altri enti (INPS, Regione, altri contributi pubblici);

4) che il minore/i ha/hanno frequentato il/i seguente/i centro/i estivo/i nell'estate 2024:

1° Figlio/a

1° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

2° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

3° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

4° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

2° Figlio/a

1° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

2° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

3° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

4° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

3° Figlio/a

1° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

2° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

3° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

4° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

4° Figlio/a

1° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

2° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

3° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

4° Settimana dal _____ al _____ presso Centro Estivo _____
sede _____ costo settimanale € _____

CHIEDE

Che gli venga accreditato, se dovuto, il contributo di cui all'oggetto sul seguente Conto corrente:

IBAN: _____

Presso la banca _____

Agenzia _____

Situata a _____ Prov _____

Allega alla presente:

- a) Fotocopia della Carta d'Identità del firmatario;
- b) Copia della/e ricevuta/e di pagamento rilasciata dall'ente gestore del CRE.

Luogo e data

Firma leggibile
