

Spett.le  
COMUNE DI CASIRATE D'ADDA  
V.le M. d'Azeglio n. 5  
24040 – Casirate d'Adda (BG)  
AREA SERVIZI ALLA PERSONA

**Oggetto:** richiesta voucher per attività sportiva

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Casirate d'Adda via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

cellulare n. \_\_\_\_\_

email a cui verranno inviate eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

**GENITORE E/O TUTORE DEL MINORE**

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Casirate d'Adda via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

presa visione dell'avviso per l'erogazione di voucher per attività sportiva e nella piena accettazione del suo contenuto

**presenta istanza per ottenere un voucher per attività sportiva e in particolare**

MINORI CON DISABILITÀ

Allego certificazione in corso di validità attestante la disabilità ai sensi della L. 104 del 05.02.1992;

MINORI APPARTENENTI A NUCLEI ECONOMICAMENTE FRAGILI

Dichiaro di avere un Isee minori – 2025 – pari a € .....

**Dichiara:**

- Tipo di attività: \_\_\_\_\_
- Società sportiva/cooperativa/associazione che la eroga:  
\_\_\_\_\_
- Periodo di frequenza: \_\_\_\_\_

- Costo di iscrizione e frequenza: \_\_\_\_\_

**E' consapevole che:**

Il valore massimo del singolo voucher è così determinato:

- € 650,00 max per singolo soggetto con disabilità
- € 500,00 max per singolo soggetto appartenente a nucleo economicamente fragile

**CHIEDE**

che il contributo di cui alla presente domanda sia accreditato sul seguente conto corrente:

ISTITUTO DI CREDITO

---

INTESTATARIO CONTO

---

IBAN

---

Con la presente, ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy Reg. UE 2016/679 (GDPR) si autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al presente Bando.

Si allega:

- copia di un documento di identità del genitore/tutore richiedente in corso di validità (per i cittadini extracomunitari va presentato anche copia del permesso di soggiorno in corso di validità);
- copia del certificato di disabilità ai sensi della L. 104/95 oppure dell'ISEE MINORENNI anno 2025;
- ricevute di pagamento.

Casirate d'Adda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente