|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| UNIONE COMUNI D’OGLIASTRA (NU) |
|  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI LANUSEI | COMUNE DI ELINI | COMUNE DI LOCERI | COMUNE DI BARI SARDO | COMUNE DI ILBONO | COMUNE DI CARDEDU |

**SERVIZIO SOCIALE** **Spett. le Unione Comuni d’Ogliastra** **Ufficio Servizi Sociali** **Comune di Elini** |

|  |
| --- |
| **OGGETTO: Richiesta concessione Bonus Viaggio anziani anno 2025** |

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_), e residente a Elini (Nu) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

La concessione di un contributo pari al 50% della spesa sostenuta e comunque non superiore a € 400,00 per la partecipazione ad un viaggio organizzato in una località della Sardegna o in regioni italiane o nazioni estere, con l’obiettivo di realizzare nuove esperienze di socializzazione e aggregazione.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni panali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo DPR, in caso di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci ed accettando qualsiasi tipo di verifica si voglia disporre in merito,

 **DICHIARA**

* Di avere un’età di anni\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere coniuge del sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere soggetto portatore di handicap (allegare certificazione)
* Di essere l’accompagnatore del portatore di handicap in situazione di non autosufficienza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare certificazione)
* di aver scelto un Viaggio di Gruppo che si terrà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in:

Sardegna (indicare Località)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regione Italiana (indicare Regione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazione europea (indicare Nazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver prenotato il Viaggio di Gruppo tramite l’Agenzia di Viaggi o l’Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita Iva/Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Che la spesa totale per la partecipazione al viaggio è di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere a conoscenza che il rimborso del contributo avverrà a soggiorno avvenuto e solo dietro presentazione di idonee pezze giustificative;
* Di essere a conoscenza che nel caso in cui pervenga un numero di domande superiore alla disponibilità finanziaria, l’importo del contributo verrà riproporzionato in parti uguali fra tutti i richiedenti;
* Di essere a conoscenza che il soggiorno dovrà essere svolto nel periodo dal 1 Giugno 2025 al 30 Ottobre 2025;
* Di essere a conoscenza che potranno essere accolte le domande presentate entro il 31 ottobre 2025;
* Di aver preso visione dell’avviso pubblico;
* Di non beneficiare di altri contributi da Enti o Istituzioni per lo stesso fine;
* Di esonerare l’Unione dei Comuni d’Ogliastra da ogni e qualsiasi responsabilità per ogni danno, infortunio occorso alla propria persona durante il soggiorno, compreso i viaggi di andata e ritorno;
* Di aver preso visione dell’avviso pubblico;

CHIEDE:

che il versamento delle somme concesse sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario

CODICE IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

€ a me intestato

 oppure

€ Intestato al seguente componente nucleo familiare

Quietanza diretta

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

* Copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente in corso di validità;
* Copia della ricevuta di pagamento della spesa sostenuta per la partecipazione al Viaggio anziani;
* Copia della certificazione attestante la condizione di handicap.
* Copia della certificazione attestante la condizione di non autosufficienza e la necessità di un accompagnatore

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

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679.