**Allegato 3 all’Avviso approvato con il D.D.G. n.460/S5 del 17.04.2024**

***DA COMPILARE A CURA DELLA ASD/SSD***

**Assegnazione di Voucher ai minori per l’accesso gratuito all’attività sportiva ai sensi del comma 61, art.26 della Legge regionale 22 febbraio 2023,n.2 - anno 2024**

 Alla F.I.G.C. L.N.D. Comitato Regionale SICILIA

 Via Orazio Siino snc.

 90010 Ficarazzi (PA)

sicilia.amministrazione@lndsicilia.legalmail.it

Il/La sottoscritto/a………………………………….…nato/a a ……….…………il ………….… in qualità di legale rappresentante della ASD/SSD…..………………………………. con sede legale in .....................................… (…..)Via…………………….…………...n…... codice fiscale/partita iva n. ………………………..……Tel……………………...mail…………………………….…trasmette

n. \_\_\_\_\_\_istanze di assegnazione di Voucher per l’accesso gratuito all’attività sportiva per l’anno 2024 inoltrate dai genitori/tutori dei minori di cui all’elenco allegato.

 Pertanto, in aderenza al disposto del D.D.G. n. 103 del 28.2.2024, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000,

 **DICHIARA**

- che l’attività oggetto dei voucher si svolgerà presso la struttura sportiva di questa Asd/Ssd sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- che le istanze allegate rispondono ai requisiti previsti dal D.D.G. n. 103 del 12.2.2024, con particolare riferimento all’età dei minori e all’Isee familiare;

- che sarà tenuto apposito registro di presenza dei minori beneficiari dei voucher, da esibire nel corso dei controlli che l’Amministrazione regionale effettuerà per la verifica delle attività sportive;

- che le somme che saranno assegnate per i minori di cui trattasi, dovranno essere versate sul seguente conto corrente bancario Iban\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato alla Asd/Ssd scrivente.

 Si allegano:

n.\_\_\_\_\_ istanze di voucher;

elenco riepilogativo allegato

documento di identità del legale rappresentante della Asd/Ssd

attestazione bancaria relativa all’Iban della Asd/Ssd.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Firma digitale*

 *della ASD/SSD*

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

Allegato Elenco riepilogativo: