

Allegato B

**AL COMUNE DI RIZZICONI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE VIAGGIO SOCIALE ANZIANI SAN GIOVANNI
ROTONDO 2026**

(in esecuzione della Deliberazione di G.C. n. 160/2025 e della Determinazione della Responsabile Area Amministrativa n. 163 del 14.07.2026)

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a _____ (Prov. _____)
il _____ Residente in _____ (Prov. _____) alla
Via/Piazza _____ n. _____ Codice fiscale _____
Telefono (obbligatorio) _____

Coniugato/a con (da compilare solo in caso entrambi i coniugi intendano partecipare alla gita)

UNITAMENTE AL PROPRIO CONIUGE

(compilare solo se ricorre la condizione)

Cognome e nome _____
nato/a _____ Prov _____ il _____
Residente in _____ (Prov. _____) alla Via/Piazza _____
_____ n. _____ Codice fiscale _____

CHIEDE

Di partecipare al viaggio sociale presso la località di San Giovanni Rotondo (FG) prevista per il giorno 02.09.2026. All'uopo, avendo preso conoscenza delle modalità e delle condizioni fissate dall'Avviso e consapevole che in caso di dichiarazione mendace verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, nonché la conseguente esclusione dai benefici.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ Di essere residente nel Comune di Rizziconi;
- ☐ Di aver compiuto, alla data della pubblicazione del presente Avviso, 65 anni di età;
- ☐ Di essere autosufficiente ed in buon stato di salute da sostenere il viaggio in bus G.T.;
- ☐ Che il proprio Isee in corso di validità è di importo inferiore ad euro 12.000,00;
- ☐ Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza e di accettare tutte le clausole e le condizioni di partecipazione previste dall'Avviso, in particolare che:
 - eventuali rinunce, dovranno essere comunicate all'Ente in modo formale entro 7 giorni prima della partenza tramite PEC all'indirizzo prot@pec.comune.rizziconi.rc.it o presentandosi personalmente in Comune.

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- Certificazione medica attestante l'idoneità psico-fisica del richiedente e l'assenza di motivi ostativi alla partecipazione al servizio (in caso di coppie di coniugi è necessaria la certificazione medica anche dell'altro componente);
- Valido documento di riconoscimento del richiedente (in caso di coppie di coniugi è necessario anche il documento di riconoscimento dell'altro componente);
- Attestazione Isee socio-sanitario in corso di validità;
- Consenso informato.

DATA _____

FIRMA _____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)

ACCONSENTE

**ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016,
con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui
all'informativa di riferimento**

DICHIARA

**di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente
al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le
finalità inerenti all'espletamento del procedimento di cui al presente Avviso pubblico.**

Data, _____

Firma del dichiarante
