Allegato 2)

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI VOUCHER PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SPORTIVE DI BAMBINI E ADOLESCENTI NELLA FASCIA 6-17 ANNI CON DISABILITÀ / DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE NUM. 1235 DEL 20.07.2026

All'Ufficio Servizi alla Persona del Comune di Poviglio
info@comune.poviglio.re.it

Il/la sottoscritto/a _____nato/a a _____ Il _____residente a _____ Provincia _____ C.A.P._____ in Via _____ n°__ tel._____ C.F._____ e-mail _____

in qualità:

☐ di genitore/tutore del/i minore/i disabile/i tra i 6 e i 17 anni residente/i nel Comune di Poviglio*:

	nome cognome	nato/a a	data di nascita	residente a	Via/piazza e num. civico
1					
2					
3					
4					
5					

**Aggiungere righe se necessario*

DICHIARA

che il/i minore/i ha partecipato o partecipa regolarmente alle seguenti attività sportive per la stagione sportiva 2026/2027:

☐ corsi o attività motorie e sportive, organizzati da ASD/SSD iscritte al Registro RASD, oppure da enti del Terzo settore iscritti al Registro RUNTS e operanti nell'ambito sportivo dilettantistico organizzati dall'Associazione/Società: _____ (indicare quale);
iscrizione al RASD o RUNTS numero _____ (chiedere all'associazione);
Disciplina sportiva svolta: _____(indicare quale);

- ☐ corsi o attività motorie e sportive, organizzati da ASD/SSD iscritte al Registro RASD, oppure da enti del Terzo settore iscritti al Registro RUNTS e operanti nell'ambito sportivo dilettantistico organizzati dall'Associazione/Società: _____ (indicare quale);
  iscrizione al RASD o RUNTS numero _____ (chiedere all'associazione);
  Disciplina sportiva svolta: _____(indicare quale);

- ☐ corsi o attività motorie e sportive, organizzati da ASD/SSD iscritte al Registro RASD, oppure da enti del Terzo settore iscritti al Registro RUNTS e operanti nell'ambito sportivo dilettantistico organizzati dall'Associazione/Società: _____ (indicare quale);
  iscrizione al RASD o RUNTS numero _____ (chiedere all'associazione);
  Disciplina sportiva svolta: _____(indicare quale);

- ☐ Anno sportivo in cui si sono svolte/si svolgono le attività: 2026-2027;

di possedere i seguenti documenti:

- ☐ Certificazione che attesti la disabilità o indicazione del medico (pediatra, di medicina generale o del centro Obesità dell'Asl) che attesti il sovrappeso/obesità e a causa delle complicanze venga prescritto lo svolgimento di attività motoria o sportiva;

- ☐ Ricevute o attestazioni di pagamento comprovanti l'iscrizione e la frequentazione delle attività sportive organizzate dall'Associazione/Società nell'anno sportivo 2026-2027;

DICHIARA

- ☐ di essere consapevole che il contributo copre unicamente il rimborso dei costi documentati di iscrizione a corsi e attività organizzati da associazioni e società sportive per bambine/i ragazze/ per l'anno sportivo 2026-2027, come previsto dall'Avviso;

- ☐ di essere consapevole che l'importo massimo da riconoscere a favore di ciascun minorenne con disabilità in forma di rimborso del pagamento delle rette è pari a € 250,00 *(il corrispettivo riconosciuto si baserà sulle ricevute di pagamento presentate*) e che le assegnazioni avverranno fino ad esaurimento del budget disponibile;

- ☐ di essere consapevole che in caso di riconoscimento del contributo questo verrà direttamente versato dal Comune di Poviglio sul conto corrente bancario/IBAN seguente:

NB: indicare l'IBAN completo e a caratteri chiari

Nome della Banca: _____ (indicare l'istituto e la sede);

- ☐ di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'esibizione di atti contenenti dati non veritieri sono puniti ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia;

CHIEDE

L'AMMISSIONE ALL'ELENCO DI ASSEGNATARI DI CONTRIBUTI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SPORTIVE DI BAMBINI E ADOLESCENTI NELLA FASCIA 6-17 ANNI CON DISABILITÀ / DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE NUM. 1235 DEL 20.07.2026

Firma

_____

Si allegano alla presente domanda:

- ***Fotocopia in carta semplice di documento di identità in corso di validità;***
- ***Certificazione che attesti la disabilità e/o indicazione del medico (pediatra, di medicina generale o del centro Obesità dell'Asl) che attesti il sovrappeso/obesità e a causa delle complicanze venga prescritto lo svolgimento di attività motoria o sportiva;***
- ***Ricevute di pagamento delle rette di iscrizione alle attività sportive organizzate da associazioni sportive;***

---

*Ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, il Comune di Poviglio in qualità di Titolare del trattamento è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli art. 15 e ss contattando il titolare del trattamento all'indirizzo PEC poviglio@cert.provincia.re.it o il Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO):
- Cognome / Nome: AVV. CORÀ NADIA
- Indirizzo postale: VIA TRIUMPLINA 183/B - BRESCIA
- Telefono: 0376-803074
- E-mail: consulenza@entionline.it
- PEC: nadia.cora@mantova.pecavvocati.it

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è disponibile scrivendo agli indirizzi sopra richiamati. L'informativa completa può essere richiesta all'ufficio preposto, oppure consultando il sito Istituzionale alla pagina https://www.comune.poviglio.re.it/informativa-privacy/

Per presa visione informativa privacy:

Firma

_____

Info e precisazioni fornite dalla Regione Emilia-Romagna pubblicate sulla pagina

https://www.regione.emilia-romagna.it/sport/bandi/2026/voucher-sport-emilia-romagna-2026

Quali sono le casistiche incluse nella definizione di "condizione di sovrappeso o obesità con complicanze" rispetto al "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso"?

Nell'ambito dei criteri di ammissibilità per i soggetti finali beneficiari, l'accesso alla misura è possibile per bambini con sovrappeso o obesità, associati a complicanze, sia in fase non avanzata che gravi, rientranti nell'area EOSS-P metabolica o meccanica o con problemi psico-sociali da lievi/moderati a gravi. Il minore si deve pertanto trovare in uno degli stadi 1, 2 o 3 della classificazione Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P). Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso è dettagliato al seguente link: https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/reti-cliniche/rete-trasversale-di-nutrizione/sovrappeso-e-obesita-del-bambino-1