



\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

# dichiara

- che il beneficiario appartiene alla seguente categoria di riferimento<sup>1</sup>
- che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente in corso di validità (Il valore ISEE deve essere determinato sulla base del NUOVO MODELLO ISEE ai sensi del DPCM 159/13), del proprio nucleo familiare, è di € \_\_\_\_\_

Allega alla presente

- stato di famiglia o autocertificazione del proprio nucleo familiare;
- copia del documento di riconoscimento;
- certificazione di iscrizione ad attività motoria per il periodo **17.12.2024 – 30.06.2025**, con l'indicazione dell'attività;
- copia ISEE in corso di validità;
- solo per i disabili: certificato medico attestante l'invalidità

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

Firma .....

---

<sup>1</sup> Diversamente abile fisico / psichico; Minore; anziano (ultrasessantenne)