**Alla Dirigente del II Settore**

**3° Servizio - Sport**

**Comune di Manfredonia**

**Oggetto: Richiesta per utilizzo Piscina Comunale – annualità 2025**

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a Manfredonia in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di essere ammesso a partecipare alla selezione relativa all’uso gratuito della piscina comunale.

A tal fine, consapevole delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere,

**D I C H I A R A**

Di appartenere ad una (o più) delle seguenti categorie:

□ Nucleo familiare con ISEE inferiore a € 2.000,00;

□ Età superiore a 65 anni, con ISEE fino a € 7.500,00;

□ Invalidità pari o superiore al 75% riconosciuta dalla Commissione medica competente, con ISEE fino a € 20.000,00;

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

□ Certificato medico di idoneità alla pratica natatoria;

□ Copia del verbale ella Commissione Medica per il riconoscimento della invalidità (solo per gli utenti disabili);

□ Attestazione ISEE del nucleo familiare (per tutte le categorie di persone richiedenti);

Manfredonia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F I R M A**

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