

 **ALLEGATO B 1**

**ALL’ENTE CAPOFILA**

 **DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI** **FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI****Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà****(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)** |

|  |
| --- |
|  Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................ nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….…. residente a …………………………….…………in via …………….….…………..n……… Cap…………..Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...Tel. …………………………Cell. ………………………email:…………………………………………….. con disabilità:  **uditiva**   **visiva** in situazione di “gravità” (art 3, comma 3, L.104/92):  **si**  **no** |

**A cura del genitore/tutore se l'alunno è minorenne:**

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………..………….nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….residente a …………………………….…………in via ………………………..…..n……… Cap………….. Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...Tel. …………………………Cell. ………………………email:…………………………………………….. **in qualità di genitore/tutore** **di** ……………………………………………………………………………… nato/a ……………………………………………………………………….il………………...………………Codice Fiscale …………..……………………………………………………………………………………...con disabilità:  **uditiva**   **visiva** in situazione di “gravità” (art 3, comma 3, L.104/92):  si  no |

presa visione della DGR n. 1397 del 09.08.2024 “Interventi finalizzati all’autonomia e alla comunicazione personale degli alunni con disabilità sensoriali - Criteri per l’attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali per l’avvio dell’a.s. 2024/2025”.

**CHIEDE**

**l’erogazione di un contributo per la frequenza:**

** della scuola specializzata** ………………………………………………………………………………….sita in ..........................................................Via……………….…………………… Cap ………………….

**del corso presso l’istituto specializzato** ……………………………………………………………………..

 sito in .......................................................... Via……………….…………………… Cap ………………….

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

- di  **usufruire /**  **non usufruire**  di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

 - che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Conto corrente postale  Conto corrente bancario presso …………………………………………………....… Agenzia/filiale di………………………….intestato a…………………………………………………………………………………………...………Codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

1. copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell’udito) - n.382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
2. un progetto dettagliato di intervento redatto dall’UMEE/UMEA di appartenenza in cui dovrà essere indicata l’opportunità/necessità della scelta, la durata del corso, l’indicazione della data di avvio e di fine della scuola scelta, la misura dell’intervento economico previsto;
3. preventivo rilasciato dall’istituto individuato;
4. copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
5. fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

**L’INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell’art. 13, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR deve essere formulata da parte del Comune/Ambito Territoriale Sociale titolare del trattamento dati.**