



Ambito Distrettuale n. 5 Sebino – L. 328/00

COMUNI DI ISEO, CORTE FRANCA, PASSIRANO, PARATICO, PROVAGLIO
D'ISEO, MARONE, MONTE ISOLA, MONTICELLI BRUSATI, PADERNO F.C.,
SALE MARASINO, SULZANO, ZONE.

NON COMPILARE – RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione..... N. Domanda.....

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO INDIVIDUALIZZATO MEDIANTE
ASSEGNAZIONE DI VOUCHER PER LA FREQUENZA DI MINORI DISABILI AI CENTRI
RICREATIVI ESTIVI O ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE
D.G.R. XI/5791 del 21/12/2021**

SPETT. LE COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

via/piazza.....n°.....

tel..... mail

CHIEDE

- Per il proprio figlio Cognome Nome
- Nato/a a il.....
- codice fiscale del minore.....

che venga attivato un progetto finalizzato a favorire la vita di relazione per minori con disabilità,
ai sensi della DGR 5791/2021.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui può andare incontro in caso di
dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a
verità, giusto il dispositivo dell'art. 26 della legge n°15/68,



Ambito Distrettuale n. 5 Sebino – L. 328/00

COMUNI DI ISEO, CORTE FRANCA, PASSIRANO, PARATICO, PROVAGLIO
D'ISEO, MARONE, MONTE ISOLA, MONTICELLI BRUSATI, PADERNO F.C.,
SALE MARASINO, SULZANO, ZONE.

DICHIARA

- a) di essere nat.....aprov. il
- b) di essere residente in
- c) di avere un ISEE riferito ai redditi anno 2020 inferiore a € 40.000,00.....
- d) di avere n° Figlio/a di età inferiore ai 18 anni;
- e) di usufruire del servizio **ADI**: : SI NO
- f) che il nominativo **del medico di base** è.....
- g) di sostenere la spesa per il pagamento del personale di assistenza che segue il minore all'interno dell'attività :
- direttamente;
 - per il tramite del Comune di residenza.

g) ai fini dell'accredito dei benefici economici, la modalità di pagamento dovrà essere la seguente:

accredito su C/c banca/posta _____,

CODICE IBAN																											

intestato a _____

Codice Fiscale dell'Intestatario del Conto _____

Ai sensi del Dlgs 196/2003 autorizza altresì l'utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Allega alla presente domanda:

- 1- COPIA ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO IN CORSO DI VALIDITA';
- 2- COPIA DEL CERTIFICATO DELLO STATO DI FAMIGLIA;
- 3- CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI **DELL'ART.3 COMMA 3** DELLA L.104/1992 E/O CERTIFICAZIONE D'INVALIDITA' CIVILE CON DIRITTIO ALL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO **CON INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI**;
- 4- FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA' E CODICE FISCALE **DEL MINORE E DEL RICHIEDENTE**.

Data

FIRMA.....



Ambito Distrettuale n. 5 Sebino – L. 328/00

COMUNI DI ISEO, CORTE FRANCA, PASSIRANO, PARATICO, PROVAGLIO
D'ISEO, MARONE, MONTE ISOLA, MONTICELLI BRUSATI, PADERNO F.C.,
SALE MARASINO, SULZANO, ZONE.

Il servizio sociale comunale dovrà successivamente integrare la domanda con:

- 1 - SCHEDE DI VALUTAZIONE ADL E IADL;
- 2 - PROGETTO INDIVIDUALIZZATO O PIANO DI INTERVENTO;
- 3 - FATTURA A CONCLUSIONE DEL PROGETTO PER LA LIQUIDAZIONE DEL VOUCHER.