



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.....Protocollo.....

**DOMANDA PER ASSEGNAZIONE DI VOUCHER PER LA FREQUENZA DI MINORI DISABILI
AI CENTRI RICREATIVI ESTIVI O ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE
D.G.R. XI/2862 del 18/02/2020**

SPETT. LE COMUNE DI _____

...I... sottoscritt.....
in qualità di genitore **del minore**.....
nat.....a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
via/piazza.....n°.....
codice fiscale del minore.....tel.....

CHIEDE

di usufruire del voucher in riferimento al fondo per la frequenza di minori disabili ai centri ricreativi estivi o attività di socializzazione, nel periodo di vacanza scolastica.

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,

DICHIARA

- di essere nat.....a.....prov.....il.....
- di essere residente in
- di avere un ISEE riferito ai redditi anno 2018 inferiore a € 40.000,00.....
- di avere Figlio/a di età inferiore ai 18 anni;



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.

- 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'accreditamento dei benefici economici, la modalità di pagamento dovrà essere la seguente:

accredito su C/C banca/posta _____,

CODICE IBAN																											
I	T																										

intestato a _____

residente a _____

in via _____

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 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 DIRITTO ALL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO **CON INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI**;
- 4- FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA' E CODICE FISCALE **DEL MINORE E DEL RICHIEDENTE**;
- 5- SCHEDE DI VALUTAZIONE ADL E IADL A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE;
- 6- PROGETTO INDIVIDUALIZZATO O PINO DI INTERVENTO;
- 7- FATTURA DEL PROGETTO (Da integrare successivamente).

Data

FIRMA.....