

Al Comune di _____

SEDE

OGGETTO: D.G.R.C. n. 423/2016. Richiesta di accesso ai Contributi per rette per convitto/semiconvitto per utenti disabili sensoriali - Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 445/00

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente in _____ in via
_____ n. ____ Tel. /
Cell. _____ e-mail/pec

In qualità di dei genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno

Cognome _____ Nome _____ nato/a a
_____ il _____ residente in _____ in via
_____ n. ____

frequentante l'Istituto _____ classe
_____ con sede nel Comune di _____

chiede,

- per il proprio figlio
- per se stesso, se maggiorenne

l'accesso al Contributo per rette per convitto/semiconvitto per utenti disabili sensoriali (non vedenti/ipovedenti - non udenti/ipoacusici) per l'A.S. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

DICHIARA

Che lo studente:

- si trova in situazione di disabilità certificata ai sensi della normativa vigente (specificare la tipologia) _____

sensoriale uditiva

sensoriale visiva

- è ospitato presso l'Istituto in regime

residenziale;

semi-residenziale

Che il valore ISEE relativo al proprio nucleo familiare è pari ad € _____;

Altro di rilevante da segnalare

Lo/la stesso/a dichiara, altresì,

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

di aver preso visione del regolamento allegato al presente modello, indicante i requisiti di accesso e le modalità di erogazione del servizio così come indicato nella D.G.R.C. n. 423/2016 (allegato A) ;

di non ricevere o non aver ricevuto per l'anno scolastico di cui alla presente domanda altri analoghi benefici erogati da Amministrazioni pubbliche per le medesime finalità;

di essere informato che il contributo verrà erogato a seguito di verifica dell'ammissibilità della domanda e della documentazione acquisita da parte del servizio sociale professionale del proprio comune di residenza e sulla base delle risorse economiche assegnate all'AT C9 da parte della Regione Campania

di essere informato che, in caso di risorse insufficienti, al fine di favorire il processo di deistituzionalizzazione e la piena integrazione sociale dell'alunno disabile nel proprio contesto di vita, nella valutazione verrà data priorità all'affidamento semiresidenziale dello stesso, limitando quello residenziale ai soli casi strettamente necessari, valutata sulla base di apposita relazione dell'assistente sociale di riferimento.

- che successivamente, verrà data priorità agli utenti la cui valutazione sociale, in base al punteggio rilevato dalla scheda S.Va.M.Di, evidenzia un maggiore livello di bisogno socio-assistenziale.
- in subordine, si valuteranno le istanze relative alla collocazione extraregionale degli istituti specializzati;
- A parità di punteggio verrà data priorità alle condizioni economiche del nucleo familiare, accertate sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

che il genitore/referente da contattare in caso di bisogno è :

_____ tel _____ cell _____;

che, in caso di accoglimento dell'istanza, per l'emissione del pagamento del contributo sopra specificato viene indicata la seguente modalità:

Bonifico bancario sul conto corrente intestato a me medesimo/ _____																														
CODICE IBAN:																														
Banca/Posta/ _____ filiale di _____																														

N.B. in caso di conto corrente Postale, accertarsi che sia abilitato a ricevere pagamenti dalle Pubbliche Amministrazioni

che il codice IBAN sopra indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito;

SI ALLEGANO:

- copia del documento di identità del richiedente;
- copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- certificazione di struttura pubblica attestante la disabilità sensoriale;
- diagnosi funzionale;
- attestazione ISEE
- disponibilità dell'istituto specializzato all'accoglienza
- attestazione dei giorni di frequenza rilasciati dall'Istituto.

Firma