 **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. 895 del 13.07.2020 “Emergenza Covid-19 - Criteri per l’attuazione degli interventi relativi all’assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali - a.s. 2020/2021”.

**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. copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell’intervento richiesto ed indicata la durata del corso, la data di avvio e di fine del percorso scolastico o del corso, la scuola o l’istituto specializzato, la misura dell’intervento economico previsto;
3. copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
4. 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.**