



Al Comune di \_\_\_\_\_

**ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO**  
**per rette per convitto/semiconvitto per utenti disabili sensoriali**  
**A.S. 2017/2018**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2008,

consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso pubblico " *indagine ricognitiva finalizzata all'individuazione del target di utenti a cui destinare interventi rivolti agli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici secondari di primo e secondo grado e affidamento presso istituti specializzati di ogni ordine e grado di studenti con disabilità sensoriali –anno scolastico 2017/2018*" dell'Ambito sociale N31 e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

**CHIEDE**

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nella qualità di referente familiare (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

l'accesso per l'a.s. 2017/2018 al contributo per la retta di frequenza in convitto/semiconvitto per utenti disabili sensoriali:

**dell'istituto specializzato di accoglienza** " \_\_\_\_\_ "

in regime di  convitto  semiconvitto nella sede dell'istituto ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che la persona con disabilità interessata al servizio è in condizioni tali da rendere l'intervento assistenziale necessario per sostenere il percorso educativo-formativo al fine di consentire il conseguimento del diploma o di una qualifica professionale;

- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito sociale N 31 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al contributo viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione operata da gruppo di lavoro integrato – GLH- evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
- di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1;
- di essere a conoscenza che, al fine di favorire un processo di deistituzionalizzazione e la piena integrazione sociale dell'alunno con disabilità nel proprio contesto di vita, il servizio sociale, nella valutazione, dovrà privilegiare l'affidamento semiresidenziale dello stesso, limitando quello residenziale ai soli casi necessari (ubicazione extraregionale degli istituti specializzati);
- di essere a conoscenza che l'ammontare del contributo viene determinato dall'Ambito sulla base delle risorse disponibili e delle istanze pervenute.

Si allega (*barrare con una X la casella relativa alla documentazione che si allega*):

- (*obbligatoria*) certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3 e diagnosi funzionale;
- (*obbligatoria*) comunicazione di disponibilità dell'istituto specializzato all'accoglienza, riportante l'importo della retta (comprensivo dell'indicazione IVA) e delle modalità di trasferimento finanziario.
- (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità, ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nella qualità di referente familiare (specificare: \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**DICHIARA** di essere informato/a che titolare del trattamento dei dati è l'ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale N31, e-mail: [ufficuidipiano31@comune.torredelgreco.na.it](mailto:ufficuidipiano31@comune.torredelgreco.na.it);

**ESPRIME** il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi

**AUTORIZZA** il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_