REGIONE MARCHE
Giunta regionale

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. 964 del 26.07.2022 "Interventi relativi all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali - Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2022/2023".

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:

a) 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);
b) 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;
c) copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
d) 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.