

**Amministrazione destinataria**

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio disabilità

Domanda di contributo per interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriali

anno

/

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					<input type="checkbox"/>

Tipologia di disabilità

- ☐ uditiva
- ☐ visiva

In situazione di gravità (ai sensi della legge 05/02/1992, n. 104, art. 3, com. 3)

- ☐ sì
- ☐ no

CHIEDE

l'erogazione del contributo per

- ☐ assistenza all'autonomia e alla comunicazione in ambito domiciliare
- ☐ sussidi (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti simili)
- ☐ supporti per l'autonomia (computer, software e altri ausili tecnologici a condizione che siano espressamente dichiarati necessari nel PEI)
- ☐ adattamento testi scolastici (traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale , ecc.)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che nell'anno scolastico in corso l'alunno frequenta

- ☐ nido d'infanzia
- ☐ scuola dell'infanzia
- ☐ scuola primaria
- ☐ scuola secondaria di primo grado
- ☐ scuola secondaria di secondo grado

Classe

Sezione

Presso la scuola

Sita in

Via

Cap

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di usufruire di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.
 - ☐ sì
 - ☐ no

COMUNICA

le coordinate bancarie o postali per ricevere il contributo

- ☐ conto corrente postale (non libretto)
- ☐ conto corrente bancario

Presso

Intestato a

Codice fiscale

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

IBAN

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia del verbale di accertamento socio-sanitario (per i disabili sensoriali dell'udito o per i disabili sensoriali della vista)
- ☐ copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell'intervento richiesto indicando la durata espressa in mesi e specificando il monte ore mensili necessario in ambito domiciliare oppure "Piano Didattico Personalizzato" redatto dal Consiglio di Classe da cui emerga il bisogno di intervento e le ore mensili da assegnare
se già discusso all'atto della domanda, altrimenti la copia dovrà essere trasmessa non appena sottoscritta
- ☐ curriculum Vitae dell'operatore incaricato dell'assistenza all'autonomia e alla comunicazione con il visto eventuale da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei disabili sensoriali
se già individuato un operatore, altrimenti trasmettere successivamente non appena individuato
- ☐ copia del contratto con l'operatore incaricato dell'assistenza all'autonomia e alla comunicazione
(se già stipulato all'atto della domanda altrimenti la copia dovrà essere trasmessa successivamente non appena stipulato)
- ☐ copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Jesi

Luogo

Data

il dichiarante