

*Al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali
del comune dell'Ambito Territoriale N34*

- *Capri*
- *Anacapri*

Domanda di attivazione voucher sociale per i servizi del D11 - Assistenza Scolastica Disabili

SEZ.1 DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE (SOGGETTO CHE RICHIEDE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO)

Nome _____

Cognome _____

nato a _____ prov. () il ___/___/___

codice fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

residente a _____ in via _____

tel. ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Altro recapito tel. ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

indirizzo posta elettronica _____

indicare il rapporto che intercorre tra richiedente e destinatario/a:

SEZ.2 Dati identificativi del beneficiario (da compilare solo se diverso dal richiedente)



Nome _____

Cognome _____

nato/a a _____ prov. () il __/__/__

residente a _____ in via _____

codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

SEZ. 3 - DATI DEI GENITORI/TUTORI/CAREGIVER - inserire solo i dati di soggetti diversi dal "richiedente"

1.MADRE:

nome _____ cognome _____

nata a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __/__/__

telefono/cellulare _____ e-mail _____

2. PADRE:

nome _____ cognome _____

nata a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __/__/__

telefono/cellulare _____ e-mail _____

2. _____:

nome _____ cognome _____

nata a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __/__/__

telefono/cellulare _____ e-mail _____

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti falsi e mendaci dichiarazioni

DICHIARA

SEZ.1

- di aver condiviso la scelta con il genitore/tutore/caregiver detentore della responsabilità genitoriale;

SEZ.2

comunicare tempestivamente ogni modifica dei dati dichiarati;

SEZ.3

dati necessari per l'attribuzione del punteggio ai fini della graduatoria d'accesso (*contrassegnare con una X*)

che nel nucleo familiare è presente:

- la mancanza di entrambi i genitori e di fratello/sorelle;
- mancanza di un genitore;
- disabili con particolari patologie in gravi condizioni di salute;
- disabili segnalati dalle istituzioni scolastiche;
- disabili soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
- presenza nella famiglia di particolari problemi di ordine psico-socio-sanitario valutati dall'Assistente Sociale del comune di riferimento o in Unità Valutativa Integrata;

DICHIARA E AUTORIZZA:



- il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679;
- l'Ambito Territoriale N34 a fornire i propri dati ai soggetti prestatori dei servizi.

SI IMPEGNA a:

- compilare l'allegato A "modulo della scelta del prestatore" parte integrante di questa istanza;

ALLEGA alla presente domanda (contrassegnare con una x)

- Fotocopia Carta d'identità del genitore/tutore/caregiver;
- Fotocopia Carta d'identità del beneficiario;
- Attestazione ISEE;
- Permesso di soggiorno (per i beneficiari stranieri);
- certificato di invalidità.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
