



**CONTRIBUTI PER RETTE CONVITTO/SEMICONVITTO
RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALE
CHE FREQUENTANO STRUTTURE EDUCATIVO-FORMATIVE SPECIALIZZATE
ANNO SCOLASTICO 2017/18**

All'Ufficio di Piano Ambito C08

per il tramite del Servizio Sociale del Comune di _____

(Generalità del richiedente)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

In qualità di :

- Studente Maggiorene;
- Genitore dello/a Studente/ssa;
- Tutore dello/a studente/ssa.

(Generalità dello studente da compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

CHIEDE

di ricevere, per l'anno scolastico 2017/18, ai sensi della DGRC n. 423/2016, un contributo economico per il pagamento della retta di frequenza di una struttura educativo-formativa specializzata in regime di

- Convitto;
- Semiconvitto.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) Che lo studente Cognome _____ Nome _____ residente in _____ alla Via _____ frequenta per l'anno scolastico 2017/18 la classe _____ presso l'Istituto _____ via _____ Comune _____ in regime di _____;
- b) Che lo studente è affetto da disabilità sensoriale certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
- c) Di ritenere di trovarsi 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 in modo da favorire un migliore inserimento sociale e lavorativo;
- d) Di non aver ricevuto per l'anno scolastico 2017/18, altri analoghi contributi da Pubbliche Amministrazioni per le medesime finalità ovvero ulteriori forme di sostegno ;
- e) Di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina, in favore del soggetto richiedente il contributo, alcun diritto e/o pretesa al conseguimento dello stesso;
- f) Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni;
- g) Di essere a conoscenza che, sulla base delle linee guida regionali, non possono essere diretti destinatari degli interventi gli studenti con disturbi specifici di apprendimento, per i quali si dovranno applicare le modalità di intervento previste dalla legge n. 170/2010 e gli studenti con bisogni educativi speciali che non presentano una certificazione di disabilità ai sensi della legge n. 104/92;
- h) Di essere a conoscenza che l'allegato verbale/ atto/ documento riferito alla certificazione medico sanitaria dello studente _____, prot. n. _____ del _____ è conforme all'originale e che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato;**

Data _____

Firma del richiedente

SI ALLEGA:

1. copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e diagnosi funzionale
2. copia certificato di iscrizione dell'istituto scolastico dell'Ambito C08 frequentato per l'anno scolastico 2017-18;
3. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
4. 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);
5. copia certificato di iscrizione dell'istituto specializzato all'accoglienza per l'anno scolastico 2017-18;
6. ISEE in corso di validità.

La mancanza di uno o più dei suddetti documenti determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza.

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____ per proprio conto ovvero esercitando la potestà o la tutela del _____ nato a _____ il _____ autorizza, ai sensi della vigente normativa, in particolare del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., il Comune di _____, nonché il Comune di S. Maria Capua Vetere, Capofila dell'Ambito C08, e per esso l'Ufficio di Piano, alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali e/o del beneficiario _____, se diverso, nell'ambito della procedura di evidenza pubblica, cui si partecipa con la presentazione della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato al servizio sociale professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del Comune di _____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione _____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

valutata positivamente l'istanza prot. n. _____ del _____, attesta che il richiedente si trova 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 in modo da favorire un migliore inserimento sociale e lavorativo per il beneficiario (*nome e cognome*) _____, con la frequenza dell'Istituto _____, in regime di _____

Data

L' ASSISTENTE SOCIALE
