



**CONTRIBUTI PER RETTE CONVITTO/SEMICONVITTO  
RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALE  
CHE FREQUENTANO STRUTTURE EDUCATIVO-FORMATIVE SPECIALIZZATE  
ANNO SCOLASTICO 2019/20**

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 2019/20, 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 \_\_\_\_\_ frequenterà per l'anno scolastico 2019/20 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 ricevere per l'anno scolastico 2019/20, 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, ed alla comunicazione a terzi dei medesimi dati 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

\_\_\_\_\_