

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	ilil										
residente a		in via .	nn	Cap							
Codice fiscale		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •									
Tel	Cell		email:								
con disabilità:	□ uditiva	□ visi	va								
in situazione di "gra	avità" (art 3, comma	3, L.104/92):	□ si	□ no							
A cura del genitor	e/tutore se l'alunno	è minorenne:									
Il/la sottoscritto/a											
nato/a a			il								
residente a		in via		nn	Cap						
Codice fiscale											
Tel	Cell		email:								
in qualità di genito	ore/tutore di										
nato/a				il							
Codice Fiscale											
con disabilità:	\Box uditiva	□ visi	va								
in situazione di "gra	avità" (art 3, comma	3, L.104/92):	□ si	\Box no							

presa visione della DGR n. 1181 del 28.07.2025 "Interventi finalizzati all'autonomia e alla comunicazione personale degli alunni con disabilità sensoriali - Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali per l'avvio dell'a.s. 2025/2026"

l'erogazione di un contributo per	la frequenza	:											
□ della scuola specializzata													
sita in	Vi	ia							0	Cap .			
□del corso presso l'istituto specia	ılizzato												
sito in	Vi	ia							C	Сар.			
	Ι	DICHI	ARA	1									
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 4													i falsi,
- di □ usufruire / □ non usu regionali e/o statali o erogati da al		tri con	tribu	ıti a	nalogh	i dei	rivan	ıti d	la di	ispos	sizion	i nor	mative
- che le coordinate del conto corre	ente bancario/p	oostale	sono	le s	seguen	ti:							
☐ Conto corrente postale													
☐ Conto corrente bancario													
presso				Age	enzia/f	iliale	di						
intestato a													
Codice IBAN:													
													\Box
Allega alla presente la seguente d a) copia del verbale di accertament dell'udito) - n.382/70 (per i disabb) un progetto dettagliato di interindicata l'opportunità/necessità della scuola scelta, la misura del c) preventivo rilasciato dall'istituto d) copia della carta o del permesso e) fotocopia, non autenticata, del d Luogo e data	nto socio-sanita abili sensoriali rvento redatto della scelta, la ll'intervento e o individuato; di soggiorno	tario pi i della o dall'U a durati conom (solo p	vista UMI a del ico p er i o); EE/U cor orev	JMEA rso, l'in isto; dini ex	di andica	ippai zion omur	rteno e de	enza ella o	in lata	cui d	ovrà	essere
							Firm	ıa					

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.