



ALLEGATO 1

**COMUNE DI FOLIGNO
CAPOFILA
ZONA SOCIALE N. 8**

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA
A CENTRI DIURNI SOCIO EDUCATIVI E RIABILITATIVI - ANNO 2019.**

Spett.le Zona Sociale 8-Umbria Foligno

c/o Area Diritti di Cittadinanza – Ufficio di Piano
06034 FOLIGNO- PG

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nata/o a _____ () il _____ e residente

a _____ in via _____ Tel. _____

C.F. _____

In qualità di

- Beneficiario del contributo
- Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____
- Incaricato della tutela
- Titolare della potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

di Cognome _____ Nome _____ nato/a

_____ il _____ e residente a _____ in via

_____ C.F. _____

Sotto la propria responsabilità DICHIARA

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci;

che il beneficiario dell'intervento:

- è residente nel Comune di _____ alla data di apertura dell'Avviso
- è di età compresa tra i 18 ed i 64 anni
- oppure
- intende avvalersi della deroga d'età in quanto il piano d'intervento è in continuità da almeno 3 anni
- .. è in possesso della certificazione di cui all'art. 3 c.3 della L. 104/92, rilasciata in data _____

DICHIARA inoltre

di conoscere e di accettare i contenuti dell'Avviso Pubblico, la misura e le modalità di assegnazione e liquidazione del contributo

AUTORIZZA

l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali, in occasione dell'espletamento del procedimento, nel rispetto del D.Lgs. n°196/03 e successive modifiche ed integrazioni.

CHIEDE

Di beneficiare del contributo, di cui all'Avviso Pubblico, a sostegno delle spese per la frequenza al Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo autorizzato/accreditato di seguito denominato:

Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo _____

Ubicato nel Comune di _____

in via _____

Per il periodo dal _____ al _____

Chiede, altresì, che l'eventuale contributo assegnato sia accreditato sul seguente conto corrente:

Intestatario/i _____

Banca _____ Agenzia _____

IBAN _____

Alla presente domanda allega:

1. Copia della Carta d'Identità del richiedente e della persona per cui viene richiesto il contributo (se diverso dal richiedente);
2. Certificazione di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 c.3 della L.104/1992 (facoltativo)
3. Progetto personalizzato (compilato sull'apposita modulistica e suoi allegati 2a, 2b, 2c).
4. Eventuale copia del decreto di nomina a curatore, tutore del beneficiario, amministratore di sostegno;
5. Attestazione ISEE, in corso di validità, secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 5/12/13, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)"

Data _____

Firma _____