REGIONE MARCHE
Giunta regionale

**ALLEGATO B 1**

**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 .....…….……..…….. il ……..…….….

residente a …….……in via …….…..……..n…… Cap……..

Codice fiscale……...

Tel. ……Cell. ……email:……..

con disabilità: ❑ **uditiva** ❑ **visiva**

in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) : ❑ **si** ❑ **no**

**A cura del genitore/tutore se l'alunno è minorenne:**

Il/la sottoscritto/a ……..…….

nato/a a .....…….……..…….. il ……..…….….

residente a …….……in via ……..…..n…… Cap……..

Codice fiscale……...

Tel. ……Cell. ……email:……..

**in qualità di genitore/tutore di** ……

nato/a ……il……...……

Codice Fiscale ……..……...

con disabilità: ❑ **uditiva** ❑ **visiva**

in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) : ❑ si ❑ no

presa visione della DGR n. 912 del 29.07.2019 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2019/2020".

**CHIEDE**

**l'erogazione di un contributo per la frequenza:**

❑ **della scuola specializzata** …….

sita in .....Via…….…… Cap …….

❑ **del corso presso l'istituto specializzato**

……..

sito in ..... Via…….…… Cap …….

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

- di ❑ **usufruire** / ❑ **non usufruire** di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

❑ Conto corrente postale

❑ Conto corrente bancario

presso ……...… Agenzia/filiale di…….

intestato a……...……

Codice IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

a) copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell'udito) - n.382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
b) copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell'intervento richiesto ed indicata la durata del corso, la data di avvio e di fine del percorso scolastico o del corso, la scuola o l'istituto specializzato, la misura dell'intervento economico previsto;
c) copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
d) fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma

_____