**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO AG 7**

      

 Sciacca Menfi Sambuca di Sicilia Santa Margherita B. Caltabellotta Montevago A. S.P. Agrigento

Al Signor Sindaco del

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta buono sociale per interventi integrativi in favore di minori con disabilità ex art. 14 L. 328/2000 – P.d.Z. 2010-2012 e 2013-2015, D.S.S. Ag 7.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_,

 Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella sua qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del minore

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

L’assegnazione del buono sociale per la realizzazione di servizi/interventi integrativi inerenti attività a carattere socializzante di cui all’Avviso “Interventi integrativi minori disabili” ex art 14 L. 328/2000– P.d.Z. 2010-2012, 2013-2015 D.S.S. Ag 7.

**D I C H I A R A**

*Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del D.P.R. 445/2000 per falsità e dichiarazioni mendaci*

* Di avere preso visione dell’Avviso sopra indicato e di accettarne integralmente il contenuto;
* che nell’ del suddetto minore
* è stato sottoscritto
* sarà sottoscritto

 il progetto individuale di cui all’art. 14 L. 8 Novembre 2000, n. 28;

* Che il nucleo familiare è così composto:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e nome** | **Rapporto familiare** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Convivente** |
|  **Si** | **No** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

* -che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del buono e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
* Che il valore dell’attestazione I.S.E.E., relativa al reddito posseduto dal nucleo familiare in cui è inserito il minore è il seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**SI IMPEGNA**

* ad utilizzare il contributo accordato per la realizzazione di interventi e servizi in conformità e coerenza con i bisogni, gli obiettivi e le priorità riportati nel progetto individuale di cui all’art. 14 L. 8 Novembre 2000, n. 328.
* a non utilizzare il presente buono sociale per la realizzazione di interventi per i quali è previsto un beneficio economico accordato dalla Pubblica Amministrazione, per le medesime finalità;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Allega alla presente istanza:

* Attestazione I.S.E.E., in corso di validità, relativo al reddito posseduto dal nucleo familiare in cui è inserito il minore;
* Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 1, comma 3 L n. 104/92;
* Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.

Sciacca, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del richiedente