



Ambito Territoriale Sociale n. 4

Comuni di Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, **Melito di Porto Salvo (Capofila)**,
Montebello Ionico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo
Ufficio di Piano

Allegato B)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a **richiedente** _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

alla Via/Piazza _____ CAP _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

In qualità di:

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Beneficiario maggiorenne capace di agire

Del/la **beneficiario/a**:

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

alla Via/Piazza _____ CAP _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio previsto dall'Avviso pubblico per l'assegnazione di voucher in favore delle famiglie con bambini e ragazzi con disabilità in età scolare (6-19 anni).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che il/la **beneficiario/a**:

☐ è residente in uno dei Comuni appartenenti all'ATS di Melito di Porto Salvo;

☐ ha un'età compresa tra 6 e 19 anni alla data di scadenza dell'Avviso;

☐ è in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992

• L. 104/1992 art. 3 comma 1

• L. 104/1992 art. 3 comma 3

☐ è cittadino italiano;

oppure

☐ è cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea;

oppure

☐ è cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a inoltre

DICHIARA

☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS di Melito di Porto Salvo;

☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario in corso di validità;

☐ che il valore dell'ISEE è pari ad € _____;

☐ che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori a carico.

DICHIARA ALTRESÌ

☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente tutte le condizioni;

☐ che tutte le informazioni rese nella presente domanda sono veritiere;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati dichiarati;

☐ di essere consapevole che l'ATS di Melito di Porto Salvo potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità del richiedente;

- Copia del codice fiscale del richiedente;
- Certificazione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno;
- Informativa privacy debitamente sottoscritta;
- Permesso di soggiorno (se previsto);

☐ Altra documentazione:

RECAPITI PER LE COMUNICAZIONI

Telefono _____

e-mail _____

PEC _____

Il sottoscritto chiede che tutte le comunicazioni relative al presente procedimento siano inviate ai recapiti sopra indicati.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

(Allegare copia di un documento di identità in corso di validità)