



CITTA' DI COSENZA

Settore Welfare – Ufficio di Piano Sociale

COMUNE CAPOFILA: COSENZA - AMBITO TERRITORIALE DI COSENZA
(Aprigliano, Carolei, Casali del Manco, Celico, Cerisano, Domanico, Dipignano, Lappano, Mendicino, Pietrafitta, Rovito, Spezzano della Sila, Zumpano)

RICHIESTA SERVIZIO DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ EDUCATIVA

MODELLO DI DOMANDA

Dichiarazione Sostitutiva a norma del DPR 28/12/2000 N.445

Al Comune di

.....

DATI DEL GENITORE O TUTORE LEGALE

(la richiesta va compilata in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome del genitore o tutore)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

MANIFESTA

In qualità di persona esercente la potestà genitoriale, l'interesse all'attivazione delle attività relative al
SERVIZIODI CONTRASTO ALLA POVERTA' EDUCATIVA in favore di :

DATI DEL MINORE INTERESSATO

Minore _____

M

F

(nome e cognome minore)

nato/a a _____ provincia _____

Stato estero di nascita _____ il _____ | _____ | _____ |

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

iscritto/a per l'a.s. 2024/25 presso l'Istituto : _____

Scuola: _____

classe _____ sez. _____

DICHIARA

- di aver preso visione e di accettare tutto quanto previsto nell'Avviso pubblico;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a sarà passibile di sanzioni penali;
- di essere informato che i dati forniti dall'utente sono acquisiti ai soli fini del procedimento amministrativo relativo alla materia oggetto della domanda e che il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto dei principi e nell'osservanza delle disposizioni recate dal Regolamento UE 2016/679;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali resi secondo le modalità e i limiti previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196 del 2003;

In caso di possesso di accertato handicap ai sensi dell'art.3, comma 3 Lg. 104/92:

DICHIARA INOLTRE

Barrare con una X i punti che interessano:

- che il minore interessato è in possesso di verbale di accertamento di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3 Lg. 104/92 in situazione di gravità:

per disabilità ☐ fisica ☐ psichica ☐ sensoriale ☐ plurima;

• usa la carrozzina: ☐ no ☐ sì ☐ manuale ☐ elettrica

• usa altri ausili: ☐ stampelle ☐ ☐ altro (specificare) _____

- che il minore interessato è in possesso di verbale di accertamento dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1 Lg. 104/92;
- che il minore interessato è in possesso di verbale di invalidità civile (Lg. 118/71)
- che il minore interessato è in possesso di indennità di frequenza (Lg. 289/90)
- che l'Isee familiare è del valore di.....

Allegare:

- 1) **Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del minore interessato;**
- 2) **Eventuale copia dei verbali di accertamento di handicap ex L. 104 in corso di validità o verbale di invalidità civile Lg. 118/71 o verbale di indennità di frequenza Lg. 289/90);**
- 3) **Modello ISEE in corso di validità.**

Data ____/____/____

(Firma del richiedente)