

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

**F**

**M**

(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 si 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)**