



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

MOD. Contributo retta

All'Ufficio Piano Sociale di Zona Ambito S8
P.zza V. Emanuele n 44
78048 Vallo della Lucania (SA)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ___/___/___ residente in
_____ Via/Piazza _____ n° ___ Tel.
_____ E-mail: _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2008, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione dell'Avviso pubblico "Servizio di trasporto scolastico per alunni disabili iscritti alla scuole secondarie di II grado e pagamento delle rette per le strutture formative residenziali e semiresidenziali di alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2022- 2023"

CHIEDE

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale

(specificare: _____)

di _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ___/___/___ residente
in _____ Via/Piazza _____ n° ___

nella qualità di referente familiare (specificare: _____)

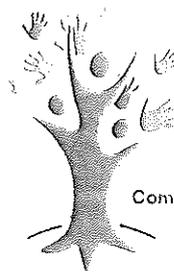
di _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ___/___/___ residente in
_____ Via/Piazza _____ n° ___

l'accesso per l'a.s. 2022/2023 al contributo per la retta di frequenza in convitto/semiconvitto e/o per l'iscrizione per utenti disabili sensoriali:

Ufficio di Piano
p.zza Vittorio Emanuele n.26
Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226-267-266
Fax 0974 714256

e-mail: pianosocialedizonavallo@localmail.it



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

MOD. Contributo retta

dell'istituto specializzato di accoglienza " _____ "

in regime di convitto semiconvitto nella sede dell'istituto ubicata nel Comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____

di un istituto specializzato di accoglienza che sarà individuato dai servizi sociali dell'Ambito S8

DICHIARA

- che la persona con disabilità interessata al servizio è in condizioni tali da rendere l'intervento assistenziale necessario per sostenere il percorso educativo-formativo al fine di consentire il conseguimento del diploma o di una qualifica professionale;
- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito S8 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al contributo viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda S.Va.M.Di. evidenzia un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
- di essere a conoscenza che, al fine di favorire un processo di de istituzionalizzazione e la piena integrazione sociale dell'alunno con disabilità nel proprio contesto di vita, il servizio sociale, nella valutazione, dovrà privilegiare l'affidamento semiresidenziale dello stesso, limitando quello residenziale ai soli casi necessari (es. ubicazione extraregionale degli istituti specializzati);
- di essere a conoscenza che l'ammontare del contributo viene determinato dall'Ambito sulla base delle risorse rese disponibili dalla Regione Campania e delle istanze pervenute e che l' Ambito Territoriale si riserva la possibilità, per soddisfare più richieste, di contribuire solo in parte alle spese che in ogni caso non dovranno superare la cifra massima totale di euro 15.000,00.

Ufficio di Piano
p.zza Vittorio Emanuele n.26
Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226-267-266
Fax 0974 714256



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

MOD. Contributo retta

COMUNICA

Che il numero IBAN sul quale accreditare l' eventuale contributo è il seguente

Intestato a _____

Esonerando il Piano di zona da qualsiasi responsabilità di mancato accredito dovuto a erronea comunicazione.

Si allega:

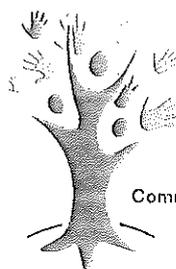
- 1) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 e diagnosi funzionale;
- 2) copia comunicazione di disponibilità dell'istituto specializzato all'accoglienza, da non allegare solo nel caso in cui si demandi al servizio sociale la ricerca dell'istituto;
- 3) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
- 4) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio);
- 5) documentazione attestante le spese sostenute per le rette e/o spese di iscrizione per l' anno scolastico 2022/2023 se già effettuate;
- 6) Altro (specificare)

Luogo e data: _____, ___/___/___

Firma

Ufficio di Piano
p.zza Vittorio Emanuele n.26
Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226-267-266
Fax 0974 714256
e-mail: pianosocialezionavallo@legelmail.it



Piano di Zona S/8
Comune Capofila Vallo della Lucania

MOD. Contributo retta

Dichiarazione relativa al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

per se stesso;

nella qualità di rappresentante legale (specificare: _____)

di _____ C.F. _____

nella qualità di referente familiare (specificare: _____)

di _____ C.F. _____

DICHIARA di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

DICHIARA di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03;

DICHIARA di essere informato/a che titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito

Territoriale Salerno 8, e-mail: protocolloambitos8@gmail.com PEC:

pianosocialedizonavallo@legalmail. **ESPRIME** il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi

AUTORIZZA il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

_____/_____/____

Firma
