Domanda per la partecipazione ad attività estive di socializzazione - anno 2024 per minori e giovani fino a 21 anni con riconoscimento di handicap grave – art 3 c. 3 L.104/1992 (Modello B)

Al Dirigente

Servizio Sociale e Immigrazione

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a il____|_____|_____|

a_____ Prov._____ cittadinanza_____

residente a_____ Prov _____

in Via/Piazza_____ n._____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel./cell._____

e-mail _____ PEC _____

Recapito, se diverso dalla residenza, presso il quale l'ufficio deve inviare eventuali comunicazioni:

Cognome_____Nome_____Via/Piazza

_____n.___ Comune _____ Prov._____

CAP_____obbligatorio tel./cell. _____

CHIEDE

☐ la concessione del contributo relativo alla partecipazione ad attività di socializzazione per minori e giovani fino a 21 anni compiuti alla data di presentazione della domanda, con riconoscimento di handicap in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92), secondo quanto previsto dalla Determina Dirigenziale n. …….. del …….

e

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 1151 del 07/05/2024 e di accettarne le disposizioni;

di presentare **la domanda in qualità di:**

☐ **genitore** ☐ **tutore** ☐ **curatore speciale** ☐ **amministratore di sostegno** ☐ **beneficiario maggiorenne**

di Cognome/Nome_____ nato/a il___|_____|_____|

a _____ Prov._____ cittadinanza_____

residente a_____ in Via/Piazza_____ n._____

C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel./cell._____

☐ **di essere cittadino italiano o di stato membro UE;**

☐ **di essere cittadino di stato extra UE o apolide in possesso di titolo soggiorno in corso di validità;**

☐ **di essere in possesso di attestazione ISEE del beneficiario (indicatore situazione economica equivalente) in corso di validità con valore di € _____e/o di aver presentato DSU** (Dichiarazione sostitutiva unica per il calcolo dell'ISEE) del beneficiario in data_____(entro il 08/06/2024) n. INPS……..;

☐ che il beneficiario per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di **handicap in situazione di gravità** di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 . Emessa in data…….. con scadenza in data…….;

☐ che il beneficiario per il quale è inoltrata la presente istanza è interessato ad usufruire del percorso di sostegno estivo (con pacchetti orari di operatori) erogato tramite USL e, in caso ne usufruirà effettivamente, il richiedente è a conoscenza del fatto che non potrà ricevere anche il contributo di cui al presente avviso;

Le dichiarazioni sostitutive dovranno contenere l'indicazione dell'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per reperire le informazioni e i dati richiesti (art. 43 D.P.R. 445/2000)

ALLEGA

☐ **copia del documento** di identità del richiedente, in corso di validità **(obbligatorio);**

☐ **solo per i cittadini extracomunitari o apolidi: copia del titolo di soggiorno** in corso di validità ***del richiedente e del beneficiario*** (ad es.: Permesso di soggiorno, Permesso di Soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, Carta di soggiorno per familiari di cittadini UE ecc.) **oppure** ☐ **relativa dichiarazione sostitutiva nei casi previsti dalla normativa (obbligatoria in caso di mancata presentazione di copia dell'originale);**

☐ **dichiarazione sostitutiva del decreto di nomina a curatore speciale, tutore/amministratore di sostegno e del relativo verbale di giuramento (obbligatoria, se del caso);**

CHIEDE

Che il pagamento del contributo avvenga tramite le seguenti modalità:

☐ in contanti presso tutte le filiali della Banca Intesa San Paolo presenti nel Comune di Prato per importo inferiore €. 1.000,00;

☐ accredito su c/c bancario o c/c postale:

Istituto Bancario o Agenzia Postale				
Filiale				
COORDINATE BANCARIE (IBAN – BBAN)				
ID. PAESE	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Numero di CONTO CORRENTE
Intestatario conto				
L'IBAN è così composto**: Identificativo paese** (IT per l'Italia e 2 caratteri numerici), **CIN** (1 carattere alfabetico), **ABI** (5 caratteri numerici), **CAB** (5 caratteri numerici), **N. Conto Corrente** (12 caratteri alfanumerici senza segni separatori o di interpunzione: barre, punti, etc.).				

Il/la sottoscritto/a_____ dichiara altresì che il c/c bancario - il c/c postale è:

- intestato a nome del richiedente o del beneficiario;
- cointestato tra la persona richiedente o il beneficiario del contributo per attività di socializzazione e il sig. _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 101 10 agosto 2018 (Legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data **Firma leggibile**

_____ _____

Termini e modalità di presentazione della domanda

La domanda deve essere presentata entro il *08/06/2024* con le seguenti modalità:
- consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Prato (Piazza del Pesce 9), orario: lunedì e giovedì 9.00-17.00, martedì, mercoledì, venerdì 9.00-13.00;
- tramite PEC all'indirizzo: comune.prato@postacert.toscana.it;
- invio per posta raccomandata a.r. indirizzata a: Ufficio Protocollo del Comune di Prato - Piazza del Pesce 9, 59100 - Prato (fa fede il timbro postale).