 **ALLEGATO B**

**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI**  **Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**  **(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)** |

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................

nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….

residente a ………………………………………………………………………………………………...…

in via ………….………………………………………….……………….. n. ……… Cap ……….………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...

Tel. …………………Cell. …………………..………email:…………………………………………………..

presa visione della DGR n. 1191 del 07.08.2023 “Interventi relativi all’assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali - Criteri per l’attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2023/2024”.

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore, **l’erogazione del contributo per**:

 **assistenza all’autonomia e alla comunicazione in ambito domiciliare**

**** **sussidi** (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

** supporti per l’autonomia** (computer, software e altri ausili tecnologici a condizione che siano espressamente dichiarati necessari nel PEI)

** adattamento testi scolastici** (traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.)

a favore di…………………………………….. nato/a a………………………….il…………………

Codice Fiscale (*del minore)*………………………………………………………………………………...

con disabilità: ** uditiva  visiva**

in situazione di “gravità” (art 3, comma 3, L.104/92) : ** si  no**

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

- che nell’anno scolastico 2023/2024 l’alunno frequenta:

** nido d’infanzia**

** scuola dell’infanzia**

** scuola primaria**

** scuola secondaria di primo grado**

** scuola secondaria di secondo grado**

classe……………. sez. .……....

presso la scuola .………………………………………………………………………………………..…….. sita in ………..…………………….…………Via……………….…………………………… Cap ………….

- di ** usufruire / ** **non usufruire** dei fondi stanziati per l’intervento denominato “Integrazione scolastica” di cui alla L.R. 18/96;

- di ** usufruire / ** **non usufruire**  di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **** Conto corrente postale  **** Conto corrente bancario  presso …………………………………………………....… Agenzia/filiale di………………………….  intestato a…………………………………………………………………………………………...………  Codice IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Ulteriori dichiarazioni |

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

1. copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell’udito) - n. 382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
2. copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell’intervento richiesto indicando la durata espressa in mesi e specificando il monte ore mensili necessario in ambito domiciliare (esclusivamente nella circostanza in cui l'alunno non sia titolare di PEI, la famiglia dovrà corredare la domanda di accesso al contributo con il “Piano Didattico Personalizzato” redatto dal Consiglio di Classe oppure con la richiesta dell’UMEE di competenza da cui emerga il bisogno di intervento e le ore mensili da assegnare);
3. Curriculum Vitae dell’operatore incaricato dell’assistenza all’autonomia e alla comunicazione con il visto eventuale da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei disabili sensoriali;
4. Copia del contratto con l’operatore incaricato dell’assistenza all’autonomia e alla comunicazione se già stipulato all’atto della domanda (altrimenti la copia dovrà essere trasmessa successivamente non appena stipulato);
5. copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
6. fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

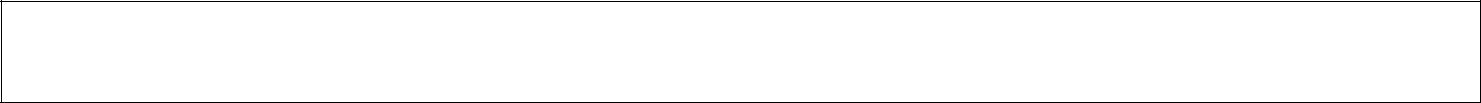
**Per la richiesta di un contributo per i testi scolastici, oltre alla suindicata documentazione, occorre presentare:**

1. il PEI o la richiesta dell’UMEE in cui viene indicata la tipologia di adattamento richiesto (traduzione braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc..);
2. il preventivo rilasciato dal soggetto scelto per l’adattamento dei testi dove saranno specificati i testi per l’a.s. 2024/2025 nonché le pagine e le parti di testo che necessitano di adattamento (es. n. pagine per capitolo, paragrafi, ecc.);
3. eventuale validazione del preventivo da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei ciechi e degli ipovedenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.APR.2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

*Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto del Tronto comune capofila dell’Ambito Territoriale Sociale n. 21 nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi agli* ***Interventi socio-assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriali per l’a.s. 2023/2024 di cui alla DGRM 1191/2023 e al DDS n. 97/2023****. Il conferimento dei dati è obbligatorio, ed il rifiuto di fornire gli stessi preclude l’accesso ai benefici. In ogni momento Lei potrà chiedere l’accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email:* [*ambito21@comunesbt.it*](mailto:ambito21@comuneabt.it) *RUP Maria Simona Marconi, telefono: 0735-794236. Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati email* [*dpo@santofabiano.it*](mailto:dpo@santofabiano.it)*; PEC santofabiano@pec.it; contatto telefonico 06/91132200; Cellulare 3358424701.*

***FINALITA’ DEL TRATTAMENTO***

*L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore politiche sociali, welfare dei cittadini e sviluppo strategico e presso il sito* [*www.comunesbt.it*](http://www.comunesbt.it/)

*San Benedetto del Tronto, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma per presa visione ......................................................*