

Comunità Montana dei "Monti Azzurri"  
Ufficio Servizi Sociali  
Via Piave 12  
62026 SAN GINESIO  
per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ In Via/Piazza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

( compilare solo nel caso in cui il soggetto beneficiario sia minore, interdetto...etc...)

In qualità di ? genitore ? familiare ? altro, della persona disabile \_\_\_\_\_

Nat \_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cod.Fis. \_\_\_\_\_

Istituto scolastico \_\_\_\_\_ Equipe ( UMEE- UMEA ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ certificazione in situazione di gravità: ? si ? no

### **CHIEDE**

Per l'anno \_\_\_\_\_ di essere ammesso ai seguenti interventi e/o servizi previsti dalla L.R. 18/96 e successive modificazioni ed integrazioni:  
(barrare le voci interessate)

|   |                                                               |
|---|---------------------------------------------------------------|
| 1 | Assistenza domiciliare domestica art.12,com. 1a)              |
| 2 | Assistenza educativa (art.12,comma 1 a)                       |
| 3 | Progetti di integrazione e socializzazione (art.12 comma 1 c) |
| 4 | Trasporto ( art. 12 comma 1 e)                                |
| 5 | Esigenze specifiche (art. 12 comma 1 f)                       |
| 6 | Centro socio-educ.-riabil.vo diurno(art.13)                   |
|   |                                                               |

|    |                                               |
|----|-----------------------------------------------|
| 7  | Strutture residenziali ( art. 13 bis )        |
| 8  | Integrazione scolastica (art.14 com.2,3,3bis) |
| 9  | Integrazione lavorativa (art. 16 com.1 - b)c) |
| 10 | Tirocini e borse lavoro (art. 17 com.1 e 2 )  |
| 11 | Barriere di comunicazione ( art. 20 com 1,2)  |
| 12 | Ausili tecnici ( art.21 comma 1, a) b) c)     |
|    |                                               |

- **Nel caso di eventuale ammissione a contributo , si richiede che la relativa somma venga accreditata come di seguito:**

? Riscossione diretta con quietanza di \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

?Bonifico bancario sul conto corrente n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

?Assegno circolare non trasferibile intestato a \_\_\_\_\_

Si precisa che le spese del bonifico o dell'assegno saranno addebitate al creditore

- **Allega la seguente documentazione :**

- Certificazione situazione di handicap ( art.4 legge 104/'92);
- Progetto educativo individualizzato;
- Altra documentazione ritenuta utile o richiesta dall'Ente locale:

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

**(Firma)** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'utilizzo da parte della Comunità Montana dei propri dati personali, anche di natura sensibile, ai sensi del D.L.vo 196/2003 art.3 sulla tutela dei dati personali, fermo restando:1) che dovrà essere garantita la riservatezza prevista dalla vigente normativa; 2) che i dati medesimi vengono trattati esclusivamente ai soli fini del rapporto relativo all'istanza formulata dal sottoscritto; 3) che i dati saranno oggetto di diffusione o comunicazione fuori dei casi previsti dalla legge; 4) che il trattamento dei dati avvenga con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con uso di mezzi che prevengono il rischio di perdita o accesso non autorizzato o trattamento non consentito.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
( luogo ) ( data )

\_\_\_\_\_  
(firma)