

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. 1181 del 28.07.2025 “Interventi finalizzati all'autonomia e alla comunicazione personale degli alunni con disabilità sensoriali - Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali per l'avvio dell'a.s. 2025/2026”

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 all'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 2025/2026 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** 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:

[illegible]

Ulteriori dichiarazioni

Allega alla presente la seguente documentazione:

- a) 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);
- b) 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/UMEA di competenza da cui emerge il bisogno di intervento e le ore mensili da assegnare);
- c) 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;
- d) 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);
- e) copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- f) fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

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

- a) il PEI o la richiesta dell'UMEE in cui viene indicata la tipologia di adattamento richiesto (traduzione braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.);
- b) il preventivo rilasciato dal soggetto scelto per l'adattamento dei test dove saranno specificati i test per l'a.s. 2026/2027 nonché le pagine e le parti di testo che necessitano di adattamento (es. n. pagine per capitolo, paragrafi, ecc.);
- c) 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

L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR deve essere formulata da parte del Comune/Ambito Territoriale Sociale titolare del trattamento dati.