

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE  
DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' SENSORIALE**  
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. 1106 del 25.09.2017 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2017/2018".

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore, l'erogazione di un contributo per:

**assistenza all'autonomia e alla comunicazione**

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

**supporti per l'autonomia** (computer, software o altri strumenti similari previsti dal PEI e debitamente motivati)

**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 2017/2018 il minore frequenta la scuola:

**infanzia**

**primaria**

**secondaria di primo grado**

**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 DGR n. 874 del 24.07.2017 concernente: "Interventi in favore delle persone in condizione di disabilità - Criteri e modalità di attuazione degli interventi - anno 2017"!

- 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:**

- 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;
- c) Curriculum Vitae dell'Assistente didattico domiciliare con il visto eventuale da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei disabili sensoriali;
- d) copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- e) 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:**

- f) relazione dettagliata della Scuola, redatta dall'insegnante di sostegno o altro referente scolastico, in cui si specificano i testi che necessitano di adattamento con indicate le relative parti di testo che necessariamente devono essere oggetto di modifica e tipo di adattamento richiesto;
- g) preventivo rilasciato dal soggetto scelto per l'adattamento dei testi eventualmente validato dal soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei ciechi e degli ipovedenti;

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

Firma

\_\_\_\_\_