

AL COMUNE DI FORMIA
SETTORE II
SERVIZIO SERVIZI SOCIALI
Via Vitruvio n.190
cap. 04023

PEC: protocollo@pec.cittadiformia.it

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AL RICONOSCIMENTO DI BENEFICI ECONOMICI ALLE FAMIGLIE CON PERSONE DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO I CENTRI DIURNI PER DISABILI NEL PERIODO 01.01.2026 – 31.07.2026

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
il _____ residente a _____ in _____
_____ n. _____ stato
civile _____ Codice Fiscale _____ n. _____
cellulare _____ indirizzo e-mail _____
Documento di identificazione: (indicare gli estremi) _____
Rilasciato da (Ente di emissione) _____ Il (data di emissione) _____

AVENDO PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AL RIMBORSO DELLA RETTA MENSILE, ALLE FAMIGLIE CON PERSONE DIVERSAMENTE ABILI CHE FREQUENTANO NEL PERIODO----- UN CENTRO DIURNO PER DISABILI.

nella sua qualità di (barrare l'opzione corrispondente):

- PADRE
- MADRE
- AFFIDATARIO
- TUTORE/AMMINISTRATORE
- GENITORE UNICO

CHIEDE

l'assegnazione di un contributo per la frequenza al Centro Diurno Disabili (denominazione) _____ sito in _____ della persona diversamente abile (compilare in funzione del numero di soggetti per i quali si presenta la domanda)

1) Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
_____ codice fiscale _____
2) Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
_____ codice fiscale _____

DICHIARA

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti civili, penali e amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci come previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 che:

☐ il proprio nucleo familiare è costituito da n. _____ persone ed è così composto (compreso il dichiarante):

Cognome	Nome	Posizione in famiglia	Cod. fiscale	Età dei figli
		dichiarante		

- che la situazione economica del nucleo familiare è la seguente (barrare solo la propria condizione):

- ISEE compreso tra € 0,00 e € 10.000,00;
- ISEE compreso tra € 10.000,01 e € 20.000,00;
- ISEE compreso tra € 20.000,01 e € 30.000,00.

- COD. IBAN per la liquidazione del contributo (si precisa che il codice IBAN deve essere intestato al soggetto richiedente):

--

Si allega a pena di esclusione:

- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente.
- Modello ISEE anno 2026;
- certificazione ai sensi del L.104/92 dell'ASL competente della persona che ha frequentato il Centro Diurno per disabili;
- la documentazione attestante l'iscrizione per l'anno 2026 ad un Centro Diurno per disabili;

Il/la sottoscritto/a richiedente si impegna ad osservare TUTTE le prescrizioni dell'avviso e dichiara di aver letto, preso conoscenza e accettato l'informativa sulla Privacy, ai sensi del Regolamento europeo (UE) n.2016/679 e con la sottoscrizione del presente atto presta il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate.

Data _____

Firma dichiarante _____