

DICHIARA

i seguenti requisiti del beneficiario del contributo:

- di aver residenza nel Comune di San Lazzaro di Savena o Ozzano dell'Emilia o Pianoro o Monterenzio o Loiano o Monghidoro;
- di aver un'età compresa tra i 18 (compiuti) e 64 anni (da compiere nel 2021);
- di essere a carico all'USSI Disabili del Distretto di Committenza e Garanzia di San Lazzaro – Azienda USL di Bologna;
- di aver invalidità non inferiore al 67% o in possesso della certificazione di invalidità rilasciata ai sensi della Legge 104/1992;

(apporre una X qualora ricorra la condizione)

- di voler partecipare ad un soggiorno organizzato da Associazioni, Onlus, Cooperative del Terzo Settore NON partecipanti al bando indetto da A.S.P. Laura Rodriguez per il periodo indicativo dal _____ al _____ e di essere consapevole che l'erogazione del contributo potrà avvenire solo ed esclusivamente dietro presentazione, entro e non oltre il 30.9.2021, di documentazione comprovante l'avvenuto soggiorno.
- di aver presentato domanda di partecipazione ad un soggiorno organizzato da Associazioni, Onlus, Cooperative del Terzo Settore partecipanti al bando indetto da A.S.P. Laura Rodriguez per il periodo dal _____ al _____;
- di frequentare il Centro diurno/Laboratorio _____;

DICHIARA ALTRESI'

INVALIDITA'	<input type="checkbox"/> Certificazione di invalidità ex L. 104/1992 (non grave) <input type="checkbox"/> Invalidità dal 67% al 74% (disabilità moderata) <input type="checkbox"/> Invalidità dal 75% al 99% (disabilità severa) <input type="checkbox"/> Invalidità del 100% (disabilità completa) <input type="checkbox"/> Invalidità del 100% più accompagnamento
ISEE	<input type="checkbox"/> Da € 0 a € 4.500 <input type="checkbox"/> Da € 4.501 a 8.300 <input type="checkbox"/> Da 8.301 a 12.500 <input type="checkbox"/> Da 12.501 a 16.000 <input type="checkbox"/> Da 16.001 a 20.500 <input type="checkbox"/> Da 20.501 a 25.000 <input type="checkbox"/> Da 25.001 a 29.500 <input type="checkbox"/> Da 29.501 a 34.000

ETA DEL GENITORE PIU' ANZIANO (SOLO PER I RESIDENTI IN FAMIGLIA)	<input type="checkbox"/> Da 65 a 70 <input type="checkbox"/> Da 71 a74 <input type="checkbox"/> Da 75 in poi
SITUAZIONE FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Nucleo Monoparentale <input type="checkbox"/> Nucleo familiare con presenza di più persone in situazioni di handicap grave L. 104/1992 (SOLO per i residenti in famiglia) <input type="checkbox"/> Vive da solo

- Di essere a conoscenza del fatto che verranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

CHIEDE

(apporre una X per il contributo che si chiede il rimborso)

- Contributo MAX € 400 - per coloro che individualmente usufruiranno di iniziative, anche giornaliere, organizzate da Associazioni, Onlus, Cooperative del Terzo Settore con il supporto educativo, **non partecipanti al bando indetto da A.S.P. Laura Rodriguez;**
- Contributo a carico Asl per le spese sostenute in relazione alla fascia ISEE di appartenenza – per coloro che individualmente usufruiranno di iniziative, organizzate da Associazioni, Onlus, Cooperative del Terzo Settore con il supporto educativo, **partecipanti al bando indetto da A.S.P. Laura Rodriguez.**

A tal fine si allega:

- FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITA'
- CERTIFICATO INVALIDITA' CIVILE
- LEGGE 104 /92
- ISEE ORDINARIO IN CORSO DI VALIDITA' O DSU EFFETTUATA ENTRO LA DATA DI CHIUSURA DEL BANDO
- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA ISCRIZIONE AL SOGGIORNO PER I PARTECIPANTI A SOGGIORNI ORGANIZZATI DA ASSOCIAZIONI PARTECIPANTI AL BANDO.

Autorizzo inoltre la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D.Lgs.196/2003 e del nuovo Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 in materia di privacy.

Data

FIRMA (dichiarante)
