



Amministrazione destinataria

Comune di Crema

Ufficio destinatario

Servizi sociali

## Domanda di accesso al bando a favore di famiglie con figli minori con disabilità per i servizi estivi

### Il sottoscritto

|                    |                |                             |                  |                               |                |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|----------------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |                               | Codice Fiscale |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |                               | Cittadinanza   |       |                              |     |
| Residenza          |                |                             |                  |                               |                |       |                              |     |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo                   | Civico           | Barrato                       | Scala          | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                  | Posta elettronica certificata |                |       |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

di accedere all'assegnazione del contributo una tantum a rimborso dei costi sostenuti durante il periodo estivo per servizi di assistenza professionale o per la partecipazione ad attività estive, laboratori, grest, centri estivi organizzati da enti pubblici o privati a favore di minori tra gli 0 e i 17 anni del proprio nucleo familiare in condizione di disabilità accertata ai sensi della Legge del 05/02/1992, n. 104

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Crema
- di avere il seguente numero di figli di età compresa tra i 0 e i 17 anni in condizioni di disabilità accertata ai sensi della Legge del 05/02/1992, n. 104 ,per i quali dovrà sostenere spese per servizi di assistenza professionale o per la partecipazione ad attività estive, laboratori, grest, centri estivi organizzati da enti pubblici o privati

figlio

|                 |  |       |                  |  |                |  |  |  |
|-----------------|--|-------|------------------|--|----------------|--|--|--|
| Cognome         |  | Nome  |                  |  | Codice Fiscale |  |  |  |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita |  | Cittadinanza   |  |  |  |

ulteriore figlio

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ulteriore figlio

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ulteriore figlio

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

che il nucleo familiare del minore con disabilità

- ha presentato, nell'anno precedente istanza di buono/voucher sociale Misura B2 (Avviso pubblico distretto cremasco di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale del 28/12/2022, n. XI/7751)
- non ha presentato, nell'anno precedente istanza di buono/voucher sociale Misura B2 (Avviso pubblico distretto cremasco di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale del 28/12/2022, n. XI/7751)

di possedere il seguente ISEE

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Valore ISEE          | Data rilascio        | Data fine validità   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| €                    |                      |                      |

di non possedere l'attestazione ISEE

### DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione del bando pubblicato sul sito internet del Comune di Crema e il relativo al contributo in oggetto
- di essere consapevole che l'istanza in oggetto può essere presentata una sola volta per nucleo familiare
- di essere consapevole che il possesso dei requisiti sopra autocertificati si intendono posseduti al momento della presentazione della domanda e che saranno soggetti a controlli a campione
- di impegnarsi a rispondere nei termini e nei modi indicati dagli uffici competenti e di essere consapevole che i chiarimenti e le integrazioni che si rendessero necessari non potranno essere superiori a 7 giorni solari dalla data della richiesta

### COMUNICA

il seguente conto corrente sul quale versare l'eventuale contributo

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Intestatario         | Istituto             | IBAN                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia della certificazione di disabilità ai sensi della Legge 05/02/1994, n. 104
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Crema

Luogo

Data

il dichiarante