

VACANZE ESTIVE ANNO 2018 servizio in favore di persone con disabilità

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nt.il _____ a _____ () Cod. Fisc _____ / _____ / _____ / _____

Tel. 089/ _____ cell: _____

Chiede di poter usufruire del Servizio Vacanze Estive organizzato da codesto Comune nella località di Villapiana (CS) DAL 2 AL 9 Settembre 2018

per il _____ Sign _____ nt.il _____
(figlio, fratello, genitori, ecc.)

a _____ () Cod.Fisc _____ / _____ / _____ / _____

residente – Via/P.zza/C.s. _____ Tel. _____ ed indica quale

accompagnatore il Sign. _____ nt.il _____ a _____ ()

Cod. Fisc. _____ / _____ / _____ / _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445,

Dichiara di accettare che l'Amministrazione Comunale determini la quota di compartecipazione alla spesa sulla base della situazione economica del proprio nucleo familiare, secondo criteri unificati di valutazione previsti dal D.Lgs.vo n. 109/98, delle delibere di G.C.n. **224 del 15.7.2009,n.109 del giugno 2016.**

Dichiara di essere a conoscenza che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art.71 del DPR n.445 del 28. 12. 2000; che nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare ai sensi dell'art.4,comma 2, del Decreto Leg.vo 31 marzo 1998 n. 109 e art. 6 comma 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 maggio 1999 n. 221 e successive modifiche; che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Dichiara, altresì, di accettare la decisione dell'Amministrazione Comunale di non poter richiedere il rimborso della quota di compartecipazione versata, qualora si trovasse nell'indisponibilità di partecipare al soggiorno dopo la conferma/ assegnazione delle camere, e non vi sia la possibilità di effettuare sostituzione/i mediante scorrimento della graduatoria.

Cava de Tirreni, li _____

IN FEDE

(firma)

Autorizzazione trattamento dati

Il /la sottoscritto/a, ai sensi del Testo Unico- Codice Privacy (D.Lgs.vo n. 196/2003), AUTORIZZA l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali, ed autorizza, a fornire i propri dati personali agli Uffici e ad Enti Pubblici e privati al fine del perseguimento dell'interesse istituzionale. Tale autorizzazione vale per tutta la durata del servizio o dell'assistenza richiesta.

Cava de' Tirreni, li _____

(firma)

Da presentare entro le ore 12.00 del 23.07.2018

Soggiorno Villapiana (CS)	A 25%	B 50%	C 75%	D 100%
Quadro riservato all'ufficio: I.S.E.E € _____, _____ FASCIA COMPARTECIPAZIONE € _____, _____ + € 100,00 = € _____, _____				

Documenti da allegare

- Attestazione I.S.E.E ordinario 2018 da parte degli accompagnatori per il soggiorno a Villapiana (CS);
- Copia Verbale Visita Medica Collegiale per il riconoscimento dell'Invalidità Civile;
- Copia Verbale Riconoscimento Legge n. 104/92;
- Fotocopia Documento di identità del richiedente in corso di validità