



**CONSORZIO  
SOCIALE  
VALLE DELL'IRNO**  
AMBITO S6

Al Direttore  
Azienda Speciale Consortile  
Consorzio Valle dell'Irno S6  
Baronissi

#### MODULO DI RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_ qualita' \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dell'utente \_\_\_\_\_ disabile  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Di usufruire del contributo economico per la frequenza al centro sociale polifunzionale per disabili  
\_\_\_\_\_ sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o di informazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, richiamati gli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA CHE ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA

Frequenta il centro sociale polifunzionale \_\_\_\_\_ (allegare attestato di frequenza)

E' in possesso di certificazione di disabilità (allegare copia) ai sensi della L. 104/92

---

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che: .....

potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite, anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici, ai

sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 vi è la decadenza dai benefici conseguenti a provvedimenti emanati sulla base di una dichiarazione non veritiera;

I contributi verranno erogati trimestralmente e fino ad esaurimento dei fondi disponibili seguendo i criteri indicati nell'Avviso ai fini della formazione di un elenco e la presentazione della domanda non comporta l'erogazione automatica del contributo.

1.

Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell'Avviso pubblico, che si dichiara di conoscere e di accettare.

Luogo/Data

Firma

\_\_\_\_\_

Informativa privacy

I dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici al fine dell'isUttoria relativa al procedimento in questione. Per poter compiere il procedimento è indispensabile comunicare i dati previsti nel modulo di domanda; in caso di rifiuto il procedimento non potrà essere avviato. I dati personali raccolti saranno trattati dai soggetti autorizzati e potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla legge. Vinteressato ha diritto di esercitare tutti i diritti riconosciutigli dal capo III del Regolamento UE 201 6/679. Titolare del trattamento è l'Azienda Speciale Consortile/Consorzio Valle dell'Irno S6.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante
- copia del documento di riconoscimento del disabile
- certificato di invalidità ai sensi della legge n. 104/1992
- attestato di frequenza