

DICHIARA

- a) che il minore _____, si trova in condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari.
- b) che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ALL'UOPO RICHIEDE:

- Contributo economico**, nella misura massima di € 8000,00 (Iva % inclusa), per minori riconosciuti ai sensi dell'art.3, comma 3 L. 104/92, impiegati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

L'eventuale spesa di importo maggiore a quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

DICHIARA ALTRESI'

- a) a svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Termoli per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Termoli, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscritto sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

**SI ALLEGANO
(a pena di esclusione)**

- **copia del documento di riconoscimento** in corso di validità del richiedente;
- **copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;**
- **progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.**

Luogo e data

Firma del richiedente
