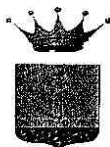
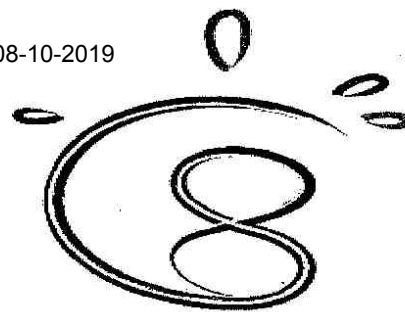


Ambito Territoriale

Capofila Santa Maria Capua Vetere



Santa Maria C.V.



San Prisco



San Tammaro



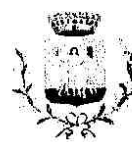
Curti



Casapulla



S. Maria la Fossa



Grazzanise

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ECONOMICI PER RETTE CONVITTO/SEMICONVITTO RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALE CHE FREQUENTANO STRUTTURE EDUCATIVO-FORMATIVE SPECIALIZZATE

Il Comune di Santa Maria Capua Vetere, nella sua qualità di Ente capofila dell'Ambito Territoriale C08, in esecuzione delle decisioni assunte dal Coordinamento istituzionale in merito alla programmazione del Piano di Zona Sociale e della deliberazione di G.C n. 178 del 19.09.2019, con il presente avviso, intende effettuare una ricognizione su tutto il territorio dell'Ambito C08, al fine di conoscere gli studenti con disabilità sensoriale, che frequentano strutture educativo-formative specializzate di ogni ordine e grado, interessati a ricevere un contributo per il pagamento delle rette di convitto/semiconvitto per l'anno scolastico 2019/2020.

DESTINATARI

Alunni con disabilità sensoriale (non vedenti/ipovedenti - non udenti/ipoacusici) che frequentano strutture educativo-formative specializzate di ogni ordine e grado e che risultano:

1. residenti in uno dei comuni dell'Ambito C08 (S. Maria Capua Vetere, Casapulla, Curti, Grazzanise, San Prisco, San Tammaro e Santa Maria La Fossa);
2. in possesso di disabilità sensoriale ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e di diagnosi funzionale;
3. in condizioni tali da rendere l'intervento assistenziale necessario per sostenere il percorso educativo formativo, al fine di consentire il conseguimento del diploma o di una qualifica professionale in modo da favorire un migliore inserimento sociale e lavorativo;
4. non beneficiari di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio.

MODALITA' DI ACCESSO

Per accedere al servizio, il diretto interessato o un referente familiare, se l'interessato è minorenne o interdetto, può recarsi presso gli uffici servizi sociali del Comune di residenza per verificare il possesso dei requisiti e presentare apposita istanza al Protocollo Generale del Comune di residenza, nei giorni e orari di apertura al pubblico.

Le istanze di accesso al servizio potranno essere presentate, secondo le modalità su indicate, **entro il termine perentorio del giorno 31/10/2019 – ore 12,00.** Le domande presentate oltre il termine di scadenza potranno essere considerate valide solo in caso di disponibilità di posti.

Per ogni ulteriore informazione o chiarimenti: ufficio servizi sociali del Comune di residenza oppure Ufficio di Piano Ambito Territoriale Sociale C08 – Via Albana ex Mulino Buffolano – S. Maria Capua Vetere (CE), Tel. 0823.844908 – e-mail: ambitoterritorialec8@comune.smcv.it – pec: ambitoterritorialec8@pec.it.

Santa Maria Capua Vetere, 24.09.2019

Il Sindaco/Presidente del Coordinamento Istituzionale
Avv. Antonio MIRRA

Ambito Territoriale
Capofila Santa Maria Capua Vetere



ALLEGATO - DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO

**CONTRIBUTI PER RETTE CONVITTO/SEMICONVITTO
RIVOLTO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALE
CHE FREQUENTANO STRUTTURE EDUCATIVO-FORMATIVE SPECIALIZZATE
ANNO SCOLASTICO 2019/20**

All'Ufficio di Piano Ambito C08

per il tramite del Servizio Sociale del Comune di _____

(Generalità del richiedente)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

In qualità di :

- Studente Maggioreenne;
- Genitore dello/a Studente/ssa;
- Tutore dello/a studente/ssa.

(Generalità dello studente da compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____

CHIEDE

di ricevere, per l'anno scolastico 2019/20, ai sensi della DGRC n. 423/2016, un contributo economico per il pagamento della retta di frequenza di una struttura educativo-formativa specializzata in regime di

- Convitto;
- Semiconvitto.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, art. 46, 47, e 76, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) Che lo studente Cognome _____ Nome _____ residente in _____ alla Via _____ frequenterà per l'anno scolastico 2019/20 la classe _____ presso l'Istituto _____ via _____ Comune _____ in regime di _____;
- b) Che lo studente è affetto da disabilità sensoriale certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;
- c) Di ritenere di trovarsi in condizioni tali da rendere l'intervento assistenziale necessario per sostenere il percorso educativo formativo, al fine di consentire il conseguimento del diploma o di una qualifica professionale in modo da favorire un migliore inserimento sociale e lavorativo;
- d) Di non ricevere per l'anno scolastico 2019/20, altri analoghi contributi da Pubbliche Amministrazioni per le medesime finalità ovvero ulteriori forme di sostegno ;
- e) Di essere consapevole della circostanza che la presentazione della suddetta istanza non determina, in favore del soggetto richiedente il contributo, alcun diritto e/o pretesa al conseguimento dello stesso;
- f) Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni;
- g) Di essere a conoscenza che, sulla base delle linee guida regionali, non possono essere diretti destinatari degli interventi gli studenti con disturbi specifici di apprendimento, per i quali si dovranno applicare le modalità di intervento previste dalla legge n. 170/2010 e gli studenti con bisogni educativi speciali che non presentano una certificazione di disabilità ai sensi della legge n. 104/92;
- h) Di essere a conoscenza che l'allegato verbale/ atto/ documento riferito alla certificazione medico sanitaria dello studente _____, prot. n. _____ del _____ è conforme all'originale e che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato;

Data _____

Firma del richiedente _____

SI ALLEGA:

1. copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3, e diagnosi funzionale
2. copia certificato di iscrizione dell'istituto scolastico dell'Ambito C08 frequentato per l'anno scolastico 2019-20;
3. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
4. copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio);
5. copia certificato di iscrizione dell'istituto specializzato all'accoglienza per l'anno scolastico 2019-20;
6. ISEE in corso di validità.

La mancanza di uno o più dei suddetti documenti determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione dell'istanza.

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____ per proprio conto ovvero esercitando la potestà o la tutela del _____ nato a _____ il _____ autorizza, ai sensi della vigente normativa, in particolare del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., il Comune di _____, nonché il Comune di S. Maria Capua Vetere, Capofila dell'Ambito C08, e per esso l'Ufficio di Piano, alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali e/o del beneficiario _____, se diverso, ed alla comunicazione a terzi dei medesimi dati nell'ambito della procedura di evidenza pubblica, cui si partecipa con la presentazione della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato al servizio sociale professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del Comune di _____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione _____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

valutata positivamente l'istanza prot. n. _____ del _____, attesta che il richiedente si trova in condizioni tali da rendere l'intervento assistenziale necessario per sostenere il percorso educativo formativo, al fine di consentire il conseguimento del diploma o di una qualifica professionale in modo da favorire un migliore inserimento sociale e lavorativo per il beneficiario (*nome e cognome*) _____, con la frequenza dell'Istituto _____, in regime di _____

Data

L' ASSISTENTE SOCIALE
