

ALLEGATO 1 - MODELLO DI DOMANDA

Istanza di ammissione al Progetto "CAMPANIA WELFARE" – PR CAMPANIA FSE+ 2021/2027

Linea di Azione A: "Servizi innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici, minori e persone con disabilità"

All'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale **C03**

Presso il Comune Capofila di **Teano**

Tramite PEC: protocollo.teano@asmepec.it

1. DATI DEL RICHIEDENTE (Genitore / Tutore / Amministratore di Sostegno / Utente maggiorenne)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. () il // ____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. () C.A.P. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Telefono/Cellulare _____ E-mail _____
PEC (se posseduta) _____

In qualità di:

- ☐ Diretto beneficiario (se maggiorenne)
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale del minore beneficiario
- ☐ Tutore / Amministratore di sostegno / Curatore del beneficiario

2. DATI DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO (Da compilare solo se diverso dal richiedente)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. () il // ____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. () C.A.P. _____
Via/Piazza _____ n. _____

3. CHIEDE

l'ammissione al Progetto "CAMPANIA WELFARE" – Linea di Azione A, per l'accesso ai seguenti servizi gratuiti (è possibile selezionare più opzioni):

- ☐ **Educativa Territoriale e Domiciliare**
- ☐ **Tutoring Specialistico e Supporto Scolastico** (per alunni con disabilità)
- ☐ **Sostegno alla Genitorialità**

4. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DI PRIORITÀ

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto DICHIARA sotto la propria responsabilità i seguenti stati e condizioni per la determinazione della priorità in graduatoria:

A) Condizione Economica (ISEE):

- Di possedere un'attestazione ISEE (Socio-sanitario / Minorenni) in corso di validità pari a € _____.

B) Composizione Nucleo Familiare (Barrare le voci corrispondenti):

- ☐ Nucleo familiare monoparentale (presenza di un solo genitore con figli a carico).
- ☐ Presenza nel nucleo familiare di n. _____ figli minori di età.
- ☐ Presenza nel nucleo familiare di n. _____ persone con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/92.
- ☐ Presenza nel nucleo familiare di n. _____ persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

C) Presa in Carico e Vulnerabilità:

- ☐ Il beneficiario/nucleo familiare è già in carico ai Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale.
- ☐ Il beneficiario/nucleo familiare è già in carico ai servizi specialistici ASL (UOMI / UDSM).
- ☐ Presenza di provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni / Ordinario).

5. ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI

- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente.
- ☐ Copia del codice fiscale del richiedente e del beneficiario.
- ☐ Attestazione ISEE (Socio-sanitario o Minorenni) in corso di validità.
- ☐ Copia della certificazione Legge 104/92 e/o Diagnosi Funzionale (se applicabile).
- ☐ Copia del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o relazione dei Servizi Sociali (se dichiarati).
- ☐ Eventuale modulo di delega firmato (Allegato 2) e documento del delegato.

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____

6. INFORMATIVA PRIVACY E TRATTAMENTO DATI (GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per le finalità connesse alla gestione del PR Campania FSE+ 2021/2027.

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____