

**All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di Santa Maria la Carità**

**OGGETTO: Richiesta per l'erogazione di voucher sociali per la frequenza di centri sociali polifunzionali accreditati con l'Ambito Territoriale N32 a favore di utenti adulti diversamente-abili**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
in qualità di  **genitore**  **persona esercente la potestà genitoriale** (barrare la voce che interessa)

di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, provincia  
di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'erogazione di voucher sociali per la frequenza di centri sociali polifunzionali accreditati con l'Ambito Territoriale N32 a favore di utenti adulti diversamente-abili per il suddetto utente.**

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali derivanti dal rilasciare dichiarazioni false o mendaci, non corrispondenti a verità, nonché della possibilità di controlli diretti ad accertare le informazioni fornite e che la non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza del beneficio, ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 3, 46, 47, 76 dichiara di effettuare la richiesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

**DICHIARA**

Che il l'utente \_\_\_\_\_

- è residente nel Comune di Santa Maria la Carità.
- è riconosciuto, ai sensi della legge vigente, diversamente abile, con certificato di invalidità l. 104/1992, rilasciato dalla competente Azienda Sanitaria Locale in data \_\_\_\_\_ ;
- valore ISEE in corso di validità pari ad € \_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di essere in possesso di certificazione in corso di validità da cui risulti un

Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del nucleo familiare nel quale è inserito il minore di importo non superiore ad euro 25.000,00, come da allegata attestazione.

Si allegano alla presente, la seguente documentazione:

- certificazione disabilità legge 104/92;
- copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario dell'istanza;
- attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare (scadenza 31 dicembre 2026);

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D.Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_