**MODELLO C – Richiesta rette Convitto/Semi-convitto**

**per studenti con disabilità sensoriale**

Allegato al *“Regolamento per le prestazioni di Supporto all’integrazione Scolastica degli alunni con disabilità frequentanti le Scuole Secondarie di Secondo Grado dell’Ambito S3 Ex S10”*

|  |
| --- |
| **Al Consorzio Sociale Agorà S10**  **Loc. Valle – 84020 Palomonte (Sa)** |
| **Pec: consorzioagoras10@pec.it** |

**Oggetto: Istanza per richiesta contributi per rette Convitto e Semi-convitto per studenti/utenti con disabilità sensoriali residenti nei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale S3 ex S10 (ex D.G.R.C. 423/2016)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**in qualità di** *(in caso di studenti minorenni)***:**

**□ genitore □tutore □esercente potestà genitoriale**

**Dell’alunno**:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Codice Fiscale |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Residente in |  |
| Alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |
| Frequentante l’istituto |  |
| Classe |  |
| Con sede nel Comune di |  |

CHIEDE

**□ per se stesso** *(se maggiorenne)* **□ per il proprio figlio**

**L’ACCESSO AI CONTRIBUTI PER RETTE CONVITTO E SEMI-CONVITTO PER UTENTI CON DISABILITA’ SENSORIALE**

**per l’A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e 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 ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara:

1. che lo studente si trova in situazione di disabilità certificata ai sensi della normativa vigente *(specificare la tipologia di disabilità)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sensoriale visiva □ sensoriale uditiva

1. che lo studente è in possesso:

* della certificazione di disabilità, ai sensi della legge n. 104/1992;
* della documentazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica competente, attestante la disabilità sensoriale;

1. che lo studente è ospitato presso l’Istituto in regime:

□ Residenziale □ Semi-residenziale

1. che il valore ISEE del proprio nucleo familiare è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

* di aver preso visione del *“Regolamento per le prestazioni di Supporto all’integrazione Scolastica degli alunni con disabilità frequentanti le Scuole Secondarie di Secondo Grado dell’Ambito S3 Ex S10”* dell’Azienda Speciale Consortile – Consorzio Sociale “Agorà S10”;
* di essere consapevole che il contributo verrà erogato a seguito di verifica dell’ammissibilità della domanda e della documentazione acquisita da parte dell’Ufficio Welfare del Consorzio Sociale Agorà S10 e del servizio sociale professionale del proprio Comune di residenza, nonché sulla base delle risorse economiche assegnate dalla Regione Campania all’Ambito Territoriale Sociale S3 ex S10;
* di essere informato che per favorire il processo di de-istituzionalizzazione e la piena integrazione sociale dell'alunno disabile nel proprio contesto di vita, verrà data priorità all’affidamento semiresidenziale dello stesso, limitando quello residenziale ai soli casi strettamente necessari (ubicazione extra-regionale degli Istituti specializzati), valutati sulla base di apposita relazione dell’assistente sociale di riferimento;
* di essere informato che in caso di risorse insufficienti verrà data priorità agli utenti la cui valutazione sociale ed economica (S.Va.M.Di. e ISEE) evidenzi un maggiore livello di bisogno.

In caso di accoglimento dell’istanza, il contributo riconosciuto dovrà essere erogato con le seguenti modalità:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bonifico bancario/postale su CC intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Banca / Posta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**(solo su Conti Correnti bancari o postali. NO LIBRETTI POSTALI)**

**Si allega:**

1. copia del documento di identità del richiedente;
2. copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
3. certificazione di struttura pubblica attestante la disabilità sensoriale;
4. attestazione dei giorni di frequenza rilasciata dall’Istituto.
5. diagnosi funzionale;
6. attestazione ISEE;
7. disponibilità dell'istituto specializzato all'accoglienza;
8. documentazione valida (fattura/ricevuta) attestante le spese sostenute con allegata fotocopia di un documento di identità del firmatario.
9. dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (redatta sull’apposito format allegato alla domanda) attestante:
   * la conformità all’originale della documentazione trasmessa relativa allo stato di invalidità/handicap dello studente;
   * che quanto ivi certificato non sia stato revocato, sospeso o modificato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall’art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che:

* l’allegata copia dell’atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente, prot n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trasmesso in uno alla domanda di ammissione al servizio di Trasporto scolastico, **è conforme all’originale;**
* che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)***

**Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

|  |
| --- |
| *Ai sensi dell’art. 13 del* *Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:*   * **Titolare e responsabile del trattamento**   Il Titolare del trattamento è **l’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”**, nella persona del dott. Giovanni Russo, Direttore Generale, domiciliato per la carica in Palomonte, Loc. Valle, snc – 84020.   * **Finalità e liceità del trattamento**   Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.   * **Modalità di trattamento e conservazione**   Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.   * **Ambito di comunicazione e diffusione**   Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S3 (ex S5) e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l’adempimento degli obblighi di legge.   * **Trasferimento dei dati personali**   I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.   * **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**   L’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.   * **Diritti dell’interessato**   In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:   1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali; 2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; 3. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; 4. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali; 5. ottenere la rettifica dei dati; 6. proporre reclamo a un’autorità di controllo.   Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” – Località Valle, snc – 84020 Palomonte (SA) – pec: [consorzioagoras10@pec.it](file:///C:\Users\admin\Desktop\CONS.%20AGORA'\ATTI%20INTERNI%20AZIENDA\REGOLAMENTI%20AZIENDA%20CONSORTILE\regolamenti%20altri%20Enti\modelli%20B1\consorziosocialeagoras10@pec.it)  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**  **(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**  Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DICHIARA**  di aver preso visione dell’Informativa sull’uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all’espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.  Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |