

Modulo Richiesta contributo per Servizio di vacanza per persone adulte con disabilità**ANNO 2026****All. A D.G.R. n. 168/2026****Dati anagrafici**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ C.F. _____
 _____ nata/o a _____ (____)
 il _____ e residente a _____ (____)
 in via _____ n. _____ di cittadinanza _____
 _____ Telefono _____
 e-mail _____ Stato civile _____

OPPURE, SE IL RICHIEDENTE NON COINCIDE CON IL BENEFICIARIO

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ C.F. _____
 _____ nata/o a _____ (____)
 il _____ e residente a _____ (____)
 in via _____ n. _____ di cittadinanza _____
 _____, in qualità di _____

in favore della persona con disabilità (cognome e nome)

 Data e luogo di nascita _____
 Codice Fiscale _____
 Residente a _____ in Via _____
 Telefono _____ e-mail _____
 Stato civile _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Medico di Medicina Generale _____

Amm.ne di sostegno **SI NO** Inabilit.ne/Interd.ne **SI NO**Invalidità civile _____% Indennità di Accompagnamento **SI NO** L.104/92 **SI NO**Comma: 1 3L.68/99 **SI NO** In attesa di revisione per Invalidità Civile

Servizio Sociale e/o specialistico che ha la presa in carico _____

Caregiver: _____ Età _____

Tel. _____ e- mail _____

CHIEDE

il contributo per Servizio di vacanza inclusivo per minori con disabilità, nello specifico:

Servizio per la vacanza di breve durata assistito

Servizio per la vacanza individuale assistito

DICHIARA ALTRESÌ

di non aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nell'ultimo triennio;

di aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nel:

- 2023 località _____ dal _____ al _____
- 2024 località _____ dal _____ al _____
- 2025 località _____ dal _____ al _____

Che il valore ISEE 2026 in corso di validità è pari a _____

Che il beneficiario del contributo vive:

- Solo
- Con un solo familiare
- Con più familiari
- Altro _____

Che il nucleo familiare convivente è così composto:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela	Invalidità civile %	L.104/92

Il beneficiario, al momento di presentazione dell'istanza, usufruisce dei seguenti servizi:

- Centro diurno socioassistenziale – se sì quale _____
- Centro diurno ex art 26 – se sì quale _____
- Centro ex art 26 domiciliare per h/sett _____ – se sì quale _____
- Assegno di cura/Contributo di cura
- Assistenza CAD/TSMREE (ASL)
- Assistenza domiciliare comune/consorzio per h/sett _____
- Tirocinio/Laboratorio – se sì quale _____
- Home Care Premium
- Buono servizio E-family
- Progetto in essere del "Durante e dopo di noi"
- Altro _____

Il sottoscritto, consapevole che la presentazione della presente domanda non offre certezza di ottenimento del contributo, essendo prevista la formazione di apposita graduatoria, DICHIARA ALTRESÌ

- di non aver presentato domanda per nessun altro contributo vacanza al momento della presentazione della presente istanza;
- che in caso di fruizione di altro soggiorno vacanza da altri Enti ne darà prontamente notizia al Servizio;
- di essere consapevole che il contributo verrà erogato in forma di rimborso delle spese sostenute e che tali spese dovranno essere giustificate da apposita documentazione.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Data e luogo _____

Firma richiedente _____

Ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR", autorizzo il trattamento dei dati personali richiesti solo ed esclusivamente per fini organizzativi interni al Servizio

Data e luogo _____

Firma richiedente _____