

**Modulo Richiesta contributo per Servizio di vacanza inclusivo per minori 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

\_\_\_\_\_, in qualità di genitore o tutore

del minore con disabilità (cognome e nome)

\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/ Medico di Medicina Generale

\_\_\_\_\_

Indennità di frequenza **SI NO** L.104/92 **SI NO** Comma:  1  3

Indennità di Accompagnamento **SI NO**

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:

**presso i Centri Ricreativi Estivi (CRE) per l'anno 2026;**

**Servizio Vacanza Breve Assistito;**

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**

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 minore con disabilità vive:

- Con un solo familiare
- Con più familiari
- Altro \_\_\_\_\_

Che il nucleo familiare convivente è così composto:

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

Il minore 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/rappresentante legale \_\_\_\_\_

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/rappresentante legale \_\_\_\_\_