



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Brusciiano, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano.



Comune di Somma Vesuviana
Capofila Ambito N 22

Alla Giunta Regionale della Campania

per il tramite dell'Ambito Territoriale N 22

OGGETTO: PIANO PER L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 APPROVATO CON DGRC 170/2020 - BONUS RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ NON COPERTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La Sig./ra _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ in via _____,

CF _____, tel _____

CHIEDE

Per se stesso

Ovvero per

In qualità di genitore familiare tutore legale rappresentante

Il/La Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via _____,

CF _____, stato civile _____, tel _____

COMUNICA

- Di essere a conoscenza del Bonus rivolto alle persone con disabilità, accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92), previsto dalla Regione Campania con il Piano per l'Emergenza Socio-Economico Covid-19;
- Di manifestare la propria disponibilità ad essere inserito nell'elenco dei beneficiari predisposto dall'Assessorato Politiche Sociali della Regione Campania;
- Di essere stato informato che i pagamenti agli aventi diritti, disposti dall'Amministrazione Regionale, avvengono attraverso bonifico domiciliato a cura di Poste Italiane SpA;
- Il seguente codice IBAN: _____

intestato a: _____ CF: _____

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n° 445)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n.445/2000 e della decadenza di eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso Decreto.

per se stesso,

ovvero per

Il/La Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via _____,

CF _____, stato civile _____, tel _____

di essere persona disabile ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92 come da certificazione medica

rilasciata da _____ in data _____;

persona che usufruisce o è in attesa di usufruire del seguente servizio sociale:

_____ attivato dall'Ambito Territoriale Sociale N 22,
e che al momento risulta privo di assistenza a causa dell'emergenza Covid-19;

al fine del bonus rivolto alle persone con disabilità previsto dal Piano per l'emergenza socio-economica Covid-19 approvato con DGRC 170/2020, **di non beneficiare di interventi** a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienti **quali Assegni di cura o Progetto di Vita Indipendente.**

Ai fini della validità della presente dichiarazione allega copia del proprio documento di identità.

Allega inoltre:

- Attestazione riconoscimento disabilità ai sensi della L. 104/92 dell'art.3 comma 3.
- Documentazione dalla quale si evince il Codice IBAN dell'utente se titolare di conto corrente, oppure i dati di colui che deve essere intestatario del bonifico domiciliato.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____