****

***Comune di Nola***

***Capofila Ambito N23***

**Alla Giunta Regionale della Campania**

**per il tramite dell’Ambito Territoriale Sociale N23**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICIHIARA**

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 N23, 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 evinca 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_