

COMUNE DI CROTONE
PIAZZA DELLA RESISTENZA
88900 CROTONE

ISTANZA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA BALNEAZIONE, TRASPORTO E INTRATTENIMENTO PRESSO LIDO ATTREZZATO NELL’AMBITO DEL PROGETTO “Nessuno si senta escluso 2022”

Il/la sottoscritto/a soggetto con disabilità ai sensi della L. 104/92, invalido ai sensi della L. 118/71 e s.m.i.....
nato/a.....Prov.....il.....
Residente in Via.....n°.....
recapito telefonico

Oppure

- Genitore /esercente potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Altro (Specificare)

della persona con disabilità nato a
..... il

CHIEDE

L’ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA BALNEAZIONE, TRASPORTO E INTRATTENIMENTO PRESSO LIDO ATTREZZATO NELL’AMBITO DEL PROGETTO “ Nessuno si senta escluso 2022” erogato dall’ ente accreditato prescelto per un periodo massimo di 1 (uno) mese da scegliere in alternativa tra:

- **Mese di Luglio**, ovvero assistenza alla balneazione compreso di servizio trasporto dalle proprie abitazioni al lido e ritorno, attività di animazione e intrattenimento per la durata di 1mese (uno) dal 01/07/2022 al 31/07/2022 da lunedì a venerdì dalle ore 8:30 alle ore 12:30 presso lido appositamente attrezzato.

Allegato A – Istanza di accesso al progetto “Nessuno si senta escluso 2022”

- **Mese di Agosto**, ovvero assistenza alla balneazione compreso di servizio trasporto dalle proprie abitazioni al lido e ritorno, attività di animazione e intrattenimento per la durata di 1 mese (uno) dal 01/08/2022 al 31/08/2022 da lunedì a venerdì dalle ore 8:30 alle ore 12:30 presso lido appositamente attrezzato

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA che la persona con disabilità

- è residente nel Comune di Crotone;
- è stato riconosciuto/a portatore di handicap (art. 3 comma 3) dalla competente commissione medica dell'ASP (L. 104/92);
- è stato riconosciuto/a portatore di handicap (art. 3 comma 1) dalla competente commissione medica dell'ASP (L. 104/92);
- ha un'invalidità CIVILE (L. 118/71 e s.m.i.) pari al _____%;
- che il reddito familiare, come certificato dall'attestazione ISEE allegata, è pari a

DICHIARA altresì

di essere a conoscenza che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e in osservanza di quanto disposto dall'articolo 13 del Regolamento U.E. 2016/679, i propri dati personali verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali e di autorizzare il trattamento degli stessi per le finalità istituzionali riferite all'ottenimento del beneficio di cui alla DGR 311/2013.

Data

In fede

Si allegano:

1. *attestazione ISEE in corso di validità;*
2. *copia attestazione della condizione del soggetto con disabilità ai sensi delle Legge n. 104/92 o certificazione di invalidità rilasciata dall'ASP ai sensi della Legge 118/71 e s.m.i.;*
3. *documento di identità in corso di validità della persona con disabilità o del richiedente (se diverso).*