

CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI-EDUCATIVI

Comuni di: Mediglia, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo (Ente Capofila), Tribiano Provincia di Milano











POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

(modulo da compilare in stampatello)

OGGETTO: DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER LO SVILUPPO DELL'AUTONOMIA FINALIZZATA ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI

DATI ANAGRAFICI DEL RICH	IEDENTE	
II/la sottoscritto/a		
Nato/a	ProvII	
Residente a	Indirizzo	nn
Telefono	Cellulare	
Codice fiscale		
Indicare eventuale nominat	ivo, diverso dal richiedente, da contattare in o	caso di necessità:
Nome	Cognome	
Telefono	Cellulare	
Grado di parentela e/o tipo	di relazione	
L'assegnazione del voucher	CHIEDE per interventi volti a migliorare la qualità dell	a vita delle famiglie e delle persone disabili.
	DICHIARA (Barrare la voce con una X)	
1. Chiunque rilascia dichiar punito ai sensi del Codice pe 2. L'esibizione di un atto cor 3. in caso di dichiarazione r del DPR 445/2000;	enale e delle leggi speciali in materia (art.76 d atenente dati non più rispondenti a verità equi	nei casi previsti dalla normativa suddetta, è el DPR 445/2000); ivale ad uso di atto falso; uiti decadono ai sensi della norma dell'art. 75
□ che il richiedente ha un e	tà compresa tra 16 e 64 anni;	
	ca ISEE (Indicatore di Situazione Economica Ec (LEGGERE ATTENTAMENTE L'AVVISO);	quivalente) è di € ed
□che il richiedente vive a do	omicilio;	
□ da solo □ con il coniuge □ con i figli		



CONVENZIONE INTERCOMUNALE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI-EDUCATIVI

Comuni di: Mediglia, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo (Ente Capofila), Tribiano Provincia di Milano











POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

□ con il coniuge o con i figli □ con la famiglia di origine □ con Assistente familiare	
□ altro	
DICHIARA INOLTRE: Che non frequenta in maniera sistematica e continuativa (full time) unità d'offer centro socio educativo, il servizio di formazione all'autonomia); Che non frequenta corsi di formazione professionale; che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che mo dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche	e alle condizioni economiche, a
Comune di, data:	
In fede, Il richiedente	
Allega alla presente (in copia e non in originale) □ Documento di identità del richiedente in corso di validità □ Dichiarazione ISEE in corso di validità □ Certificazione medica specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica o produzione psicogeriatrica e il relativo deficit □ ALLEGATO 1 e 2 (scale ADL – IADL) □ ALLEGATO regionale M – informativa privacy	orivata accreditata attestante la
Allega inoltre:	
 Eventuale altra eventuale documentazione attestante la condizione psicofisica e s Eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministrato 	
Data	
II RICHIEDENTE L'ASSISTENTE SO	OCIALE