



Comune di Nola  
Capofila Ambito N23

All'Ambito Territoriale sociale N23  
c/o Comune di Nola (NA)  
pec: [pszn23@pec.comune.nola.na.it](mailto:pszn23@pec.comune.nola.na.it)

**Avviso Pubblico di manifestazione d'interesse per l'erogazione di un bonus in favore delle persone con disabilità anche non grave, con priorità ai bambini con disabilità (anche autistica) in età scolare (II avviso bonus disabili)**

**Il sottoscritto**

Nome cognome \_\_\_\_\_

Genere F/M \_\_\_\_\_

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare/ fisso) \_\_\_\_\_

Mail o Pec \_\_\_\_\_

**Genitore/tutore del minore/ amministratore di sostegno**

Nome cognome \_\_\_\_\_

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

**CONSAPEVOLE**

che l'erogazione del bonus è rivolto a persone con disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (l. 104/92) anche non grave, con priorità ai minorenni con disabilità (anche autistica) in età scolare

**CHIEDE**

la corresponsione del bonus riconosciuto nell'ambito delle misure previste dal "Piano per l'emergenza socio-economica della Regione Campania"

sul seguente codice IBAN (se titolari di conto corrente) \_\_\_\_\_

sul conto corrente intestato a: Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e ss.mm.ii. nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.*

**DICHIARA**

*(barrare la voce di interesse)*

di essere in possesso di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);

di essere genitore di un minorenne con disabilità (anche autistica) in età scolare certificata da struttura pubblica;



Comune di Nola  
Capofila Ambito N23

- di essere in possesso di certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- di essere in possesso di attestazione ISEE socio-sanitario pari a \_\_\_\_\_;
- di non percepire alcun ulteriore trattamento in ragione della condizione di disabilità;
- di essere unico componente del nucleo familiare e di essere privo di sostegno familiare, sociale e relazionale;
- di non essere beneficiario di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a carico del SSN e/o dell'Ambito Territoriale N23, rimasti attivi nonostante l'emergenza da COVID-19.

#### DICHIARA INOLTRE

- di non usufruire di nessuna delle agevolazioni emanate dalla Regione Campania a favore delle persone con disabilità, nell'ambito del Piano per l'Emergenza Socio-Economica di cui alle deliberazioni n. 170 e 171 del 7 aprile 2020;
- di non usufruire di nessuno dei seguenti programmi di assistenza:
  - Programma Home Care Premium;
  - Programma per la Vita Indipendente;
  - Programma "Dopo di Noi" (L. 112/2016);
  - Programma di assegno di cura;
- di essere a conoscenza che, qualora la documentazione richiesta non sia inviata nelle modalità indicate o sia priva dei requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse, l'Ambito Territoriale e titolato a dichiarare inammissibile la domanda;
- di essere a conoscenza dei criteri di priorità di cui all'art. 3 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse;
- di essere consapevole che tutti i dati personali saranno trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Reg. UE Codice protezione dei dati personali), ai fini dell'attuazione del presente avviso;
- di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 9 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse e di prestare esplicito consenso;
- di essere consapevole che, in caso di erogazione del bonus da parte dello scrivente Ambito, la liquidazione è subordinata al trasferimento delle risorse per i soggetti utilmente collocati in graduatoria fino a concorrenza delle risorse assegnate;
- di aver preso visione delle cause di decadenza e del conseguente recupero del contributo eventualmente erogato da parte dell'Ambito Territoriale, ai sensi dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico di manifestazione di interesse.

#### **ALLEGA:**

Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità  
Documento di riconoscimento valido

Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_