

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

IN QUALITÀ DI

Madre Padre

Tutore / curatore / amministratore di sostegno

Altro familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario)

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio

☐ VOUCHER SOCIALE PER ASSISTENZA EDUCATIVA SPECIALISTICA PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA

a favore di _____

(Compilare con i dati del minore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

- a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto
- a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio/sospensione del progetto per motivazione specifica
- a comunicare tempestivamente il cambio di residenza del minore e degli esercenti la responsabilità genitoriale nel periodo di validità del voucher al servizio sociale competente, pena l'addebito delle quote orarie extra-ambito.

Luogo e Data _____

Firma _____

ASSISTENZA EDUCATIVA SPECIALISTICA PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA:

NOME E COGNOME MINORE _____

• **Dati dei genitori**

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Residenza
		PADRE	
		MADRE	

• **dati altri familiari conviventi con il minore**

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

- servizio specialistico che ha in carico il minore _____
- scuola frequentata AS 2019/2020

Istituto comprensivo	Grado	Classe

Impegni del sottoscrittore:

- utilizzare il Voucher Sociale esclusivamente per acquistare prestazioni relative al Servizio di Assistenza Educativa Specialistica per l'inclusione Scolastica dai soggetti accreditati dalla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito Distrettuale Alto Sebino, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati,
- informare immediatamente il servizio sociale del Comune di residenza nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla situazione del beneficiario del voucher .

Da allegare alla domanda:

- ☐ copia della diagnosi funzionale redatta dal servizio che ha in carico il minore
- ☐ copia del verbale di accertamento della condizione di handicap rilasciata dall'apposita commissione
- ☐ copia della certificazione ai sensi della l.104/92
- ☐ fotocopie dalla carta d'identità e della tessera sanitaria del minore e del genitore/tutore firmatario

Lovere,....

Firma

Cognome e nome _____

grado di parentela/ relazione con il beneficiario del voucher _____

comune di residenza _____