

**Modulo Richiesta contributo per Servizio di vacanza inclusivo per minori con
disabilità ANNO 2026**

All. A D.G.R.n. 168/2026

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome)

_____ C.F. _____
_____ nata/o a _____ (____)

il _____ e residente a _____ (____)

in via _____ n. _____ di
cittadinanza _____

_____, in qualità di genitore o
tutore

del minore con disabilità (cognome e nome)

Data e luogo di nascita

Codice Fiscale

Residente a _____ in Via

Telefono _____ e-mail _____

Stato civile

Pediatra di libera scelta/ Medico di Medicina Generale

Indennità di frequenza **SI NO** L.104/92 **SI NO** Comma: 1 3

Indennità di Accompagnamento **SI NO**

Servizio Sociale e/o specialistico che ha la presa in carico

Caregiver: _____ Età _____

Tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

il contributo per Servizio di vacanza inclusivo per minori con disabilità, nello specifico:

presso i Centri Ricreativi Estivi (CRE) per l'anno 2026;

Servizio Vacanza Breve Assistito;

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di non aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nell'ultimo triennio;

di aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nel:

- 2023 località _____ dal _____ al _____
- 2024 località _____ dal _____ al _____
- 2025 località _____ dal _____ al _____

Che il valore ISEE 2026 in corso di validità è pari a _____

Che il minore con disabilità vive:

- Con un solo familiare
- Con più familiari
- Altro _____

Che il nucleo familiare convivente è così composto:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela	Invalità civile %	L.104/92

Il minore beneficiario al momento di presentazione dell'istanza usufruisce dei seguenti servizi:

Centro diurno socioassistenziale – se sì quale _____

- Centro diurno ex art 26 – se sì quale _____
 - Centro ex art 26 domiciliare per h/sett _____ – se sì quale _____
 - Assegno di cura/Contributo di cura
 - Assistenza CAD/TSMREE (ASL)
 - Assistenza domiciliare comune/consorzio per h/sett _____
 - Tirocinio/Laboratorio – se sì quale _____
 - Home Care Premium
 - Buono servizio E-family
 - Progetto in essere del "Durante e dopo di noi"
 - Altro
-

Il sottoscritto, consapevole che la presentazione della presente domanda non offre certezza di ottenimento del contributo, essendo prevista la formazione di apposita graduatoria, DICHIARA ALTRESÌ

- di non aver presentato domanda per nessun altro contributo vacanza al momento della presentazione della presente istanza;
- che in caso di fruizione di altro soggiorno vacanza da altri Enti ne darà prontamente notizia al Servizio;
- di essere consapevole che il contributo verrà erogato in forma di rimborso delle spese sostenute e che tali spese dovranno essere giustificate da apposita documentazione.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Data e luogo _____

Firma richiedente/rappresentante legale _____

Ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR", autorizzo il trattamento dei dati personali richiesti solo ed esclusivamente per fini organizzativi interni al Servizio

Data e luogo _____

Firma richiedente/rappresentante legale _____