

**RICHIESTA RIMBORSO ASSISTENZA MINORI DISABILI FREQUENTANTI CAMPI SOLARI 2021  
MODULO DI DOMANDA**

Al Comune di Siena  
Direzione Welfare e Promozione  
del benessere della Comunità  
Servizio Sociale Terzo Settore e  
raccordo con SdSS

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ [Cap \_\_\_\_\_]  
indirizzo: Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Genitore/tutore di:**

\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M F  
Data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di Siena [Cap \_\_\_\_\_]  
Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Il rimborso per le spese di assistenza minori disabili, sulla base dei requisiti e modalità specificati nell'apposito Avviso, per la partecipazione al Campo Solare presso il/i seguente/i Gestore/i incluso nell'elenco dei Gestori del Comune di Siena per l'anno 2021, per le seguenti settimane, secondo specifico progetto individualizzato condiviso dal Servizio Sociale Professionale della SdSS in accordo con l'U.F. SMIA dell'ASL Toscana Sud Est; (i periodi di frequenza potranno essere definiti in base al progetto di inserimento).

- 1) dal ..... al .....Soggetto gestore\* .....
- 2) dal ..... al .....Soggetto gestore\* .....

\* Qualora la domanda venga presentata prima dell'approvazione dell'Albo Comunale, il Soggetto gestore potrà essere comunicato successivamente la presentazione della presente richiesta di contributo, ai seguenti indirizzi email:

[graziella.vallone@comune.siena.it](mailto:graziella.vallone@comune.siena.it) oppure [valentino.capitani@comune.siena.it](mailto:valentino.capitani@comune.siena.it)

Le date di frequenza alle attività estive potranno variare in relazione agli accordi tra i beneficiari e i soggetti gestori.

#### A TAL FINE DICHIARA

- che il/la bambino/a ed almeno un genitore sono residenti nel Comune di Siena. ;
- che il valore ISEE (ISEE Ordinario o ISEE Corrente Ordinario) del nucleo familiare è di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ed è stato rilasciato in data \_\_\_/\_\_\_/2021 da \_\_\_\_\_
- che il/la bambino/a è in possesso del riconoscimento di handicap ai sensi della L. 104/92 ed è seguito dai servizi (sociale e SMIA dell'Asl Sud Est Toscana)
- di voler ricevere ogni successiva comunicazione relativa alla presente domanda, inerente la comunicazione di assegnazione dei contributi, al seguente indirizzo mail (scrivere in stampatello leggibile): \_\_\_\_\_

SIENA \_\_\_\_\_ IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI (Decreto Legislativo n. 196/2003 e DGPR approvato con regolamento UE n. 679/2016).

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali Regolamento UE 679/2016; Decreto Legislativo n. 101 del 10/08/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, i dati personali raccolti con le domande presentate ai sensi del presente bando saranno trattati con strumenti informatici e utilizzati nell'ambito del procedimento per l'erogazione dell'intervento secondo quanto stabilito dalla normativa.

Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza. L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Il Titolare del trattamento dei dati è individuato nel Comune di Siena – Direzione Welfare e Promozione del benessere della Comunità.

Il sottoscritto richiedente \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati ai sensi della sopra indicata normativa

SIENA \_\_\_\_\_ IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Siena, \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

Il presente modulo, con allegati gli altri documenti richiesti, dovrà pervenire al Comune di Siena – Direzione Welfare e Promozione del benessere della Comunità entro il 11 di Giugno 2021, secondo le seguenti modalità di trasmissione:

- mezzo posta certificata (PEC) al seguente indirizzo: [comune.siena@postacert.toscana.it](mailto:comune.siena@postacert.toscana.it); la domanda verrà accettata soltanto in caso di invio da una casella di posta elettronica certificata e solo in caso di apposita identificazione e corrispondenza dell'autore della domanda con il soggetto identificato con le credenziali PEC;
- consegna diretta all'**Ufficio Protocollo** – Palazzo Pubblico - P.zza del Campo, 1.

**ALLEGARE** al presente modulo di richiesta:

- COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' del dichiarante;
- COPIA ISEE (ISEE Ordinario o ISEE Corrente Ordinario) del nucleo familiare anno 2021.

**Attenzione: Successivamente all'eventuale assegnazione del contributo, i beneficiari sono tenuti a perfezionare l'iscrizione direttamente presso i soggetti gestori.**