

Al Comune di Morbegno

Via San Pietro 22

23017 Morbegno

**DICHIARAZIONE COMPARTICIPAZIONE COSTI ASSISTENZA PER LA FREQUENZA AL CRD RELATIVA AI
MINORI DISABILI RESIDENTI A MORBEGNO**

Il sottoscritto _____

Rec telefonico _____

genitore del minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ Via _____

iscritto , con necessità di assistenza , alla seguente attività estiva-anno 2025 :

- CRD ENTE GESTORE COMUNE DI MORBEGNO

per il periodo dal _____ al _____

con frequenza :

- Giornata intera dalle _____ alle _____
 Mattino dalle _____ alle _____
 Pomeriggio dalle _____ alle _____

BENEFICIARIO

- Misura B1 con l'erogazione di un importo mensile pari a € _____
- Misura B2 con il riconoscimento del voucher per la frequenza di Centri estivi per minori per un importo pari a € 2.000,00
- Non beneficia di alcuna misura

Si impegna a corrispondere direttamente all'Ente erogatore dell'assistenza

- Quota relativa al beneficio regionale denominato Misura B1 per un importo pari a € _____
- Voucher estivo misura B2

In fede

Il genitore

Morbegno _____

Vista la deliberazione n.73 del del 22/04/2025, si dichiara che il costo del personale impiegato per l'assistenza verrà corrisposto esclusivamente per le quote non coperte dall'erogazione Misura B1 o Misura B2.

Per l'Amministrazione Comunale _ Comune di Morbegno
Il Responsabile dell'Area Amministrativa

Morbegno, _____