



Ente Gestore
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIALE ESTATE 2026
A FAVORE DI PERSONE MINORENNI CON DISABILITA'
PER LA FREQUENZA DI ATTIVITA'/CENTRI ESTIVI**

PRATICA ID	PROTOCOLLO
<hr/>	n. _____
<hr/>	del _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ cellulare _____

Mail _____

- oppure di**
- FAMILIARE (*grado di parentela*) _____
 - TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
 - AFFIDATARIO _____

CHIEDE
l'assegnazione del VOUCHER SOCIALE ESTATE 2026 per l'acquisto
di prestazioni socioeducative/educative a favore del MINORE

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Da compilare solo se diverso da quanto dichiarato dal richiedente

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' PENALI CHE SI ASSUME AI SENSI DELL'ART. 76, DPR 445/2000 E S.M.I., PER FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

Che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente

Nominativo	Grado parentela	Età	Professione

A TAL FINE DICHIARA (barrare le condizioni che ricorrono)

- che il minore ha **una compromissione singola o plurima, che ne riduce l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di sostegno intensivo elevato** (persona in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992);
- che il minore è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988;
- che possiede attestazione **ISEE ordinario o minorenni** in corso di validità (senza omissioni o difformità) con valore uguale o inferiore a € 40.000,00 pari a € _____
- di non beneficiare di misure e/o strumenti incompatibili come precisato all'art. 3 dell'Avviso pubblico (Misura B1, Residenzialità per minori, HCP,)

DICHIARA INOLTRE DI USUFRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI (barrare le condizioni che ricorrono)

- servizio cure domiciliari (**C/DOM** – ex ADI)
- servizio di assistenza domiciliare minori con disabilità (**ADMH**)
- riabilitazione ambulatoriale o domiciliare
- ricovero ospedaliero e/o riabilitativo
- ricovero di sollievo (90 gg programmabili nell'anno)
- servizi prima infanzia/scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola sec. I grado/ scuola sec. II grado
- altro (specificare) _____

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'erogazione di **VOUCHER SOCIALE ESTIVO 2026** e di accettarne le condizioni;
- di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici e che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e finanziate fino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- di accettare la valutazione multidimensionale (VDM) finalizzata alla redazione del Progetto Individuale (PI);
- di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche saranno definiti nel Progetto Individuale (PI) e di impegnarsi alla sua sottoscrizione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano qualsiasi variazione che comporta la decadenza del diritto al voucher;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45 procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato il beneficio;

DICHIARA ALTRESI'

Di **avere iscritto** il minore al
CENTRO* _____
COMUNE _____ FREQUENZA DI N. _____ SETTIMANE
PERIODO DI FREQUENZA (*dal giorno/al giorno*) _____
ORE DI ASSISTENZA PRESUNTE N. _____

Di **avere intenzione di iscrivere** il minore al
CENTRO* _____
COMUNE _____ FREQUENZA DI N. _____ SETTIMANE
PERIODO DI FREQUENZA (*dal giorno/al giorno*) _____
ORE DI ASSISTENZA PRESUNTE N. _____

(* **CENTRO ESTIVO PROMOSSO/PATROCINATO DAI COMUNI DELL'AMBITO**)

Di **avere intenzione di realizzare la seguente attività estiva presso i SOGGETTI ACCREDITATI**

NEL SEGUENTE PERIODO _____

Di scegliere il seguente SOGGETTO ACCREDITATO

- Grandangolo Soc. coop. Soc.**
 Quel raglio del lago di Como
 La Brea Coop. Sociale

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE (*in fotocopia*)

- Carta d'identità del richiedente
 Attestazione ISEE ordinario o minorenni in corso di validità **oppure** DSU (*art. 11, c.9, dpcm 159/2013*)
 Verbale invalidità civile (*con diagnosi*)
 Certificazione della condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3, Legge 104/1992
 Preventivo del soggetto accreditato
 Copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore o provvedimento che ha disposto l'affido

L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere ulteriori integrazioni della documentazione

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs. 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quali vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso della Comunità Montana Valtellina di Morbegno saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal Bando per l'erogazione delle prestazioni previste dal Fondo Non Autosufficienza 2024 (Misura B2 - esercizio 2025) e nel rispetto dell'art. 13 del decreto 196/2003.

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D. Lgs. 196/2003e del Regolamento UE 679/2016 ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che ai Comuni, all'ATS e ASST territorialmente competenti e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito istituzionale <https://www.cmmorbegno.it/zf/index.php/privacy/index/privacy>.

Data

Firma