



ISTITUTO COMPrensIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"

VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D'ARCO

Distretto n° 31 – C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003

Telefono e fax 081/3177304 – e mail NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT

Sito Web: www.ic1dacquistoleone.edu.it - postacertificata: NAIC8G1003@pec.istruzione.it

Pomigliano, 22/04/2024

AI GENITORI DEGLI ALUNNI

OGGETTO: ISTANZA DI ACCESSO PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZA MINORI DISABILI

Si trasmette, in allegato, la nota del Comune del 16/04/2024 con relativo modello.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Tiziana Rubinacci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art 3 comma 2 D. Lgs 39/93

Da: Pec Affari Sociali <affarisociali.pomigliano@asmepec.it>
Inviato: martedì 16 aprile 2024 17:03
A: naic8g1003@pec.istruzione.it; naic8bw005@pec.istruzione.it; NAIC8G0007@pec.istruzione.it; naic8g200v@pec.istruzione.it; naic8de00e@pec.istruzione.it; nais078002@pec.istruzione.it
Oggetto: I: Istanza di accesso per l'attivazione del servizio assistenza minori disabili
Allegati: assistenza minori disabili.pdf

https://www.comune.pomiglianodarco.na.it/area_letturaNotizia/373317/pagsistema.html

Da: Pec Affari Sociali <affarisociali.pomigliano@asmepec.it>
Inviato: martedì 16 aprile 2024 16:57
A: 'naic8g1003@pec.istruzione.it' <naic8g1003@pec.istruzione.it>; 'naic8bw005@pec.istruzione.it' <naic8bw005@pec.istruzione.it>; 'NAIC8G0007@pec.istruzione.it' <NAIC8G0007@pec.istruzione.it>; 'naic8g200v@pec.istruzione.it' <naic8g200v@pec.istruzione.it>; 'naic8de00e@pec.istruzione.it' <naic8de00e@pec.istruzione.it>; 'nais078002@pec.istruzione.it' <nais078002@pec.istruzione.it>
Oggetto: Istanza di accesso per l'attivazione del servizio assistenza minori disabili

Alla c.a. dei Dirigenti scolastici,

Con la presente si comunica il Comune di Pomigliano d'Arco ha aperto i termini per la presentazione delle domande di accesso al servizio di assistenza in favore di minori con disabilità. Si prega di darne massima diffusione.

Per l'attivazione del servizio di assistenza minori disabili, occorre allegare la seguente documentazione:

- Certificazione ai sensi della L. 104/92;
- Diagnosi funzionale rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92 - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza specialistica/assistenza materiale redatta sul modello dell'allegato C;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale o tessera sanitaria, del richiedente e dell'avente diritto

Si informa che le domande dovranno essere trasmesse entro il **30/06/2024**.

Il modello può essere ritirato presso l'Ufficio Segretariato Sociale sito alla Via Vittorio Emanuele- Palazzo dell'Orologio o scaricato dal sito istituzionale www.comune.pomiglianodarco.na.it.

La domanda dovrà essere consegnata al Protocollo Generale del Comune di Pomigliano d'Arco a mano nei seguenti giorni e orari:

- Dal Lun al Ven dalle ore 08.30 alle ore 12.30;
- Martedì e Giovedì dalle ore 08.30 alle ore 12.30 e dalle ore 15.30 alle ore 17.30.

oppure tramite pec all'indirizzo comune.pomiglianodarco@legalmail.it.

Di seguito il Link con relativo avviso pubblico con modalità e tempi di presentazione delle istanze con i relativi moduli.

Assistente Sociale
D.ssa Veronica Piscicelli



COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO

SETTORE 5 – AFFARI GENERALI- SERVIZI SOCIALI E SERVIZI INFORMATICI
CORSO VITTORIO EMANUELE, PALAZZO OROLOGIO, 309 - 80038 POMIGLIANO D'ARCO – pec
affarisociali.pomigliano@asmepec.it – TEL 081-8033153 - 081 - 0818844520

Allegato A

Al Comune di Pomigliano d'Arco

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE DI ACCEDERE AL SERVIZIO DI :

- Assistenza Domiciliare Disabili Minori

in qualità di ¶1 - Genitore ¶2 - Tutore (allegare copia decreto tribunale)

¶3 - Altro Familiare ¶4 – Altro (Specificare) _____

<u>Dati del beneficiario</u>			
Nome _____	Cognome _____		
nato/a a _____	il _____		
residente a _____	alla via _____	n° _____	
telefono _____	Sesso	M	F
Nazionalità _____	Codice Fiscale _____		
Frequentante l'Istituto Scolastico _____	Plesso _____	Classe _____	
Sez _____			

L'utente, o il nucleo familiare di appartenenza, beneficia già di altri servizi ¶ SI ¶ NO
In caso affermativo specificare quali _____

N.B. Alla presente domanda allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e stato di famiglia del beneficiario

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003

Data

Firma del richiedente

(Autodichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 art. 45 e 46)

- Sezione 1 -

SERVIZIO DOMICILIARE PER SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI

Parametri per soggetti di età compresa tra 0 e 18 anni

(barrare solo la casella del proprio stato all'atto della presentazione della domanda)

- Persone con disabilità con un solo genitore ultrasessantacinquenne
- Persone con disabilità con un solo genitore
- Persone con disabilità con due genitori ultrasessantacinquenni

**ULTERIORI CONDIZIONI DI FRAGILITA' PRESENTI
NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE**

- Presenza nel nucleo familiare del richiedente di un componente con disabilità (Oltre il richiedente in caso di soggetti di età inferiore a 65 anni)
- Presenza nel nucleo di un familiare affetto da patologie croniche degenerative
- Presenza di ulteriori condizioni di particolare fragilità non ricomprese nelle fattispecie precedenti – specificare di seguito la tipologia di fattispecie:
Persona in carico al servizio sociale professionale

.....

Si allega al modulo di domanda la seguente documentazione:

- *Certificazione ISEE in corso di validità (obbligatoria)*
- *Legge 104/92;*
- *Diagnosi funzionale rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92 - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza materiale redatta sul modello dell'allegato C;*
- *Documenti di riconoscimento del minore e dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale/tutori;*
- *Altre Certificazioni allegare (Specificare il tipo di certificazione allegata)*

Eventuali annotazioni relative alla condizione socio ambientale del nucleo familiare del beneficiario*:

**Gli elementi dichiarati saranno soggetti a verifica da parte dei servizi sociali.*

Il sottoscritto dichiara di accettare che l'assegnazione del numero di ore e la conseguente compartecipazione alla spesa per il servizio sarà subordinata al numero di istanze pervenute e alla disponibilità di ore a disposizione dell'Ente erogatore.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e dell'art. 13 del GDPR 679/2016

Firma del richiedente
