



Ambito Sociale N23

**Comune di Nola**  
**Capofila Ambito N23**

**Alla Giunta Regionale della Campania**  
**per il tramite dell'Ambito Territoriale Sociale N23**

**OGGETTO: PIANO PER L'EMERGENZA SOCIO-ECONOMICA COVID-19 APPROVATO CON DGRC 170/2020 - BONUS RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ NON COPERTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

CF \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Per se stesso

Ovvero per

In qualità di            Genitore  familiare  tutore  legale rappresentante

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

CF \_\_\_\_\_,            stato            civile \_\_\_\_\_,            tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### COMUNICA

- Di essere a conoscenza del Bonus rivolto alle persone con disabilità, accertata ai sensi della normativa di riferimento (l. 104/92), previsto dalla Regione Campania con il Piano per l'emergenza socio-economico Covid-19;
- Di manifestare la propria disponibilità ad essere inserito nell'elenco dei beneficiari predisposto dall'Assessorato Politiche Sociali della Regione Campania;
- Di essere stato informato che i pagamenti agli aventi diritti, disposti dall'Amministrazione Regionale, avvengono attraverso bonifico domiciliato a cura di Poste Italiane SpA;
- Il seguente codice IBAN: \_\_\_\_\_

intestato a: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DICHIARA

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n° 445)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n.445/2000 e della decadenza di eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso decreto

**per se stesso,**

ovvero per

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,

CF \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di essere persona disabile ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92 come da certificazione medica

rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

persona che usufruisce o è in attesa di usufruire del seguente servizio sociale:

\_\_\_\_\_ attivato dall'Ambito Territoriale Sociale N23, e che al momento risulta privo di assistenza a causa dell'emergenza Covid-19;

Al fine del bonus rivolto alle persone con disabilità previsto dal Piano per l'emergenza socio-economica Covid-19 approvato con DGRC 170/2020, **di non beneficiare di interventi a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienti quali Assegni di cura o Progetto di vita indipendente.**

Ai fini della validità della presente dichiarazione allega copia del proprio documento di identità.

Allega inoltre:

- Attestazione riconoscimento disabilità ai sensi della L. 104/92 dell'art.3 comma 3
- Documentazione dalla quale si evinca il codice iban dell'utente se titolare di conto corrente, oppure i dati di colui che deve essere intestatario del bonifico domiciliato

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_