DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A SELEZIONE PER EROGAZIONE CONTRIBUTO A SOSTEGNO DI PERSONE IN SITUAZIONE DI DISABILITA' – ANNO 2026-

Al Comune di
Castano Primo
Corso Roma
20022 – Castano Primo

Il/La sottoscritto/a ……..……

Tel. …….. E-mail ……..

In qualità di ……... (specificare se genitore / affidatario / tutore legale)

visto l'avviso pubblico per l'accesso all'erogazione di contributi a favore di persone in situazione di disabilità (Deliberazione di Giunta Comunale n.174 del 10/11/2026)

CHIEDE

- ☐ **Per sé stesso……**
- ☐ **Per nome e per conto di ……..**

di partecipare alla selezione per l'erogazione di contributi a sostegno di persone in situazione di disabilità. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, riferito a sé stesso o alla persona sopra indicata i seguenti dati:

- nato/a a ……..…… il …… codice fiscale ……..
- residenza a Castano Primo, indirizzo: …….……...…….
- certificazione medica attestante: disabilità pari al ……%
- minore o anziani (dai 65 anni) con certificazione INPS attestante la disabilità
- reddito ISEE ordinario in corso di validità pari a €. ……
- di dichiarare che il contributo viene richiesto a fronte delle spese, la cui documentazione è allegata a questa domanda, effettivamente sostenute per sé stesso a titolo di acquisto o utilizzo di beni e servizi connessi alla disabilità documentata;
- di essere consapevole che la presente domanda di partecipazione non costituisce vincolo per il Comune di Castano Primo e che l'eventuale contributo erogato, dopo verifica della documentazione amministrativa presentata, corrisponderà, fino ad un massimo di € 300,00 per

richiedente, all'importo delle spese documentate ammesse e che, in funzione delle richieste pervenute l'Amministrazione Comunale erogherà il contributo nel limite della somma disponibile a bilancio per l'anno corrente dando precedenza alle domande, correttamente pervenute entro il termine fissato, con valore ISEE inferiore.

Si allega:

- Fotocopia ISEE ORDINARIO con validità fino al 31/12/2026;
- Fotocopia DOCUMENTO D'IDENTITÀ in corso di validità (del richiedente);
- Fotocopia VERBALE DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ;
- ESTREMI BANCARI **INTESTATI AL RICHIEDENTE** (IBAN), ABILITAZIONE ALLA RICEZIONE DEI PAGAMENTI

(verificare che l'IBAN inserito sia abilitato al ricevimento dei bonifici, no libretti postali, no carte prepagate)

- Fotocopia della documentazione fiscale **che sia chiaramente riconducibile al disabile (C.F.)** compresa tra il 01/11/2025 ed il 31/10/2026, rientrante tra le spese sanitarie detraibili dal reddito, attestante l'acquisto o l'utilizzo di beni e servizi sanitari pubblici o privati (farmaci, dispositivi medici, prestazioni sanitarie)
- e/o fotocopia della documentazione fiscale **che sia chiaramente riconducibile al disabile**, attestante l'acquisto o l'utilizzo di beni e servizi per:

  - attività motorie/fisioterapia,
  - servizi educativi,
  - servizi di assistenza personale e/o sanitaria;
  - servizi di trasporto sanitario o sociale;
  - farmaci, dispositivi medici, prestazioni sanitarie visite ed esami.

N.B. tutta la documentazione dovrà essere prodotta in fotocopia. La documentazione originale eventualmente prodotta non verrà restituita.

Le domande dovranno pervenire entro il **28/12/2026 alle h 12.30** potranno essere inviate tramite mail al seguente indirizzo protocollo@cert.comune.castanoprimo.mi.it oppure consegnate a mano presso l'Ufficio Servizi Sociali nei seguenti giorni ed orari: lunedì mercoledì giovedì e venerdì dalle h 9.00 alle h 12.30 il martedì dalle h 16.00 alle h 18.00

Data, _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a …… autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) per le finalità e con le modalità indicate nell'avviso di selezione.

Data, _____ Firma _____