



Area Servizi alla Persona

COMUNE DI SEREGNO

Area Servizi alla Persona

Via Ivo Oliveti, 17

SEREGNO MB

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI A FAVORE DI MINORI CON DISABILITA' PER CENTRI ESTIVI, ORATORI O PROGETTI SOCIALIZZANTI 2026

Compilare in stampatello

I sottoscritti:

cognome	nome
relazione parentela	
nato/a a	il
residente a	indirizzo
codice fiscale	
telefono	Cellulare
email	

e

cognome	nome
relazione parentela	
nato/a a	il
residente a	indirizzo
codice fiscale	
telefono	Cellulare
e mail	

DICHIARANO CHE

trattasi di un nucleo monogenitoriale:

- ☐ SI **se si con affidamento esclusivo** ☐ SI ☐ NO
☐ NO

trattasi di un nucleo in cui lavorano:

- ☐ entrambi i genitori
☐ un solo genitore

CHIEDONO L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE PER MINORI CON DISABILITA PER CENTRI ESTIVI, ORATORI O PROGETTI SOCIALIZZANTI – ESTATE 2026.

a favore di:

cognome	nome
nato/a a	il
residente a	indirizzo
codice fiscale	
relazione di parentela	

per l'attivazione di interventi di assistenza educativa al fine di garantire la frequenza alle proposte estive socializzanti per minori della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado

(specificare a quale proposta si vorrebbe aderire e dove)

centri estivi/oratorio/progetti socializzanti

presso il comune di

per il periodo (dal... al...)

con la seguente frequenza:

- ☐ Tempo pieno dalle ore 8.30 alle ore 16.30
- ☐ Part time dalle ore 8.30 alle ore 12.30
- ☐ Part time dalle ore 12.30 alle ore 16.30

COMUNICANO CHE

- il/la minore sta attualmente frequentando:

- ☐ SCUOLA
- ☐ CLASSE

- il/la minore deve seguire una DIETA particolare:

- ☐ SI dieta speciale ☐ dieta religiosa ☐ **(allegare certificazione medica o specialistica)**
- ☐ NO

- il/la minore ha allergie/intolleranze:

- ☐ SI, quali?
- ☐ NO

- il/la minore soffre di crisi convulsive:

- ☐ SI
- ☐ NO

- il/la minore necessita della somministrazione di farmaci:

- ☐ SI, quali? **(allegare certificazione medica o specialistica)**
- ☐ NO

- il/la minore ha particolari necessità di assistenza personale (uso del bagno, imboccamento,):

- ☐ SI per cosa?
- ☐ NO

- autorizzo mio/a figlio/a ad eventuali uscite sul territorio comunale:

- ☐ SI
- ☐ NO

- autorizzo il personale educativo e/o riconosciuto dall'ente ad effettuare fotografie e/o filmati che ritraggono mio/a figlio/a per documentare le attività svolte nell'ambito del centro estivo:

- ☐ SI
- ☐ NO

A tal fine, consapevoli che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/2000 che:

- ☐ il minore è in possesso dei documenti attestanti la condizione di disabilità in relazione alla legge 104/1992 art.3 comma 3 [] o comma 1 [] (*barrare con una crocetta la casella corrispondente*);
- ☐ il minore è in possesso di una diagnosi funzionale [], di un verbale di accertamento di alunno disabile ai sensi del DPCM n. 185/2006 [], di un certificato medico diagnostico funzionale [], di un verbale di handicap ai sensi della Legge 104/92 approvato dall'INPS [] (*barrare la/le casella/e corrispondente/i*);
- ☐ indicatore I.S.E.E ordinario pari ad € rilasciato il..... n. protocollo (es. INPS-ISEE-2026-00000000A-00)
- ☐ di essere fruitore della misura B1 [] o B2 [];
- ☐ di non aver avuto accesso alla frequenza al "Centro Ricreativo Diurno Sezioni DVA – I.C. G. Rodari";
- ☐ di conoscere ed accettare le condizioni contenute in "Avviso per l'assegnazione di Voucher sociali a favore di minori con disabilità per l'attività 2026" tra cui il Centro Estivo Comunale;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati (art 13. dell'avviso) e di esprimere consenso

PRENDONO ATTO CHE

- ☐ la domanda sarà accolta solo se la famiglia risulterà in regola con i pagamenti per l'utilizzo dei servizi educativi di Ristorazione scolastica, Pre e post scuola, Asilo Nido. L'iscrizione è comunque consentita anche nel caso in cui la famiglia, non in regola con i pagamenti, sottoscriverà un piano di rientro concordato con i Servizi educativi Scolastici ed abbia eseguito il versamento della prima rata stabilita;

CHIEDONO che le comunicazioni relative all'avviso vengano inviate

- ☐ al n° di cellulare
- ☐ all'indirizzo mail

ad integrare la documentazione non disponibile agli atti degli uffici e attestante la condizione di disabilità entro i limiti di tempo stabiliti nella comunicazione inviata tramite il contatto mail indicato in questa domanda.

Alla presente domanda si allegano:

- ☐ Copia documento d'identità del richiedente e del beneficiario;
- ☐ CERTIFICAZIONE MEDICA O SPECIALISTICA per dieta speciale;
- ☐ CERTIFICAZIONE MEDICA O SPECIALISTICA per la somministrazione dei farmaci.

Luogo e data

Firma

Consenso al trattamento dei dati – Privacy -

In osservanza a quanto stabilito dall'art. 9 del regolamento UE 679/2016, al fine del trattamento dei dati relativi alla salute dei minori, è richiesto il consenso del titolare della responsabilità genitoriale ai sensi dell'art. 8 GPDR 679/2016. La sottoscrizione della presente, oltre che la presa visione dell'informativa di cui all'**art. 13 dell'avviso** costituisce espressione di libero, informato e inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità descritte, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del GDPR 679/2016.

Il/la sottoscritto/a:

☐ **ESPRIME IL CONSENSO**

☐ **NON ESPRIME IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali identificativi;

☐ **ESPRIME IL CONSENSO**

☐ **NON ESPRIME IL CONSENSO**

al trattamento dei dati relativi alla salute e giudiziari;

Data

Firma per consenso privacy.....