



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

UFFICIO SOCIALE

Avezzano, 19/05/2023

Alla Regione Abruzzo
Dipartimento Lavoro - Sociale
Servizio Tutela sociale - famiglia DPG023
dpg023@regione.abruzzo.it

OGGETTO: interventi per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare annualità 2018-19-20 ai sensi del DPCM 27/10/2020 e DGR n. 589 del 20/09/2021 - Comunicazione

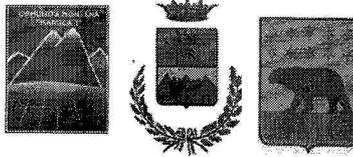
In riferimento alle attività relative alle annualità 2018/2019/2020 e destinate al sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare, si comunica che:

- Il numero complessivo degli utenti beneficiari ammessi al finanziamento di cui al progetto suddetto è stato pari a n. 157 utenti;
- Sono stati eseguiti n. 157 mandati di pagamento nel periodo temporale tra il 03/04/2023 - 09/04/2023 e in data 19/05/2023;
- Sono state effettivamente liquidate somme per € 159.142,00 come stabilito in Determinazione n.24/2023

Cordiali Saluti



La Responsabile del Servizio Sociale
Dott.ssa Sabrina Frezza



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 - 67051 - AVEZZANO (AQ) - TELEFONO: 0863 22143 - P.IVA: 90058010662

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

OGGETTO: LEGGE 78/1978: ASSISTENZA SCOLASTICA DISABILI SCELTA TRASPORTO PER ALUNNI DISABILI SCUOLE SUPERIORI - ANNUALITÀ 2024

| IL/LA SOTTOSCRITTO/A | | | | |
|----------------------|------------------|-----------|----------------|-----|
| Cognome | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | Luogo di nascita | | Cittadinanza | |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | | | |
| RESIDENZA | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | CAP |
| AQ | | | | |

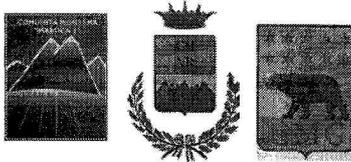
| |
|--------------------------------|
| IN QUALITÀ DI: |
| <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Padre |

| L'ALUNNO/A | | |
|--------------------|------------------|----------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | |

| RESIDENZA | | | | |
|-----------|--------|-----------|--------|-----|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | CAP |
| | | | | |

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Tipologia di Handicap: | <input type="checkbox"/> Fisica |
| | <input type="checkbox"/> Psicica |
| | <input type="checkbox"/> Sensoriale |
| Riconoscimento L.104/92 Art.3 | <input type="checkbox"/> Si |
| | <input type="checkbox"/> No |

| ISTITUTO SCOLASTICO: | | | | |
|----------------------|--------|-----------|--------|-----|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | CAP |
| | | | | |



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

Consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

Che per il trasporto del/della proprio/a figlio/a sceglie la seguente modalità:

Andata – (dalla residenza all'istituto scolastico)

- MEZZO PROPRIO
- AUTOBUS – CON PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO (Servizio di Assistenza Scolastica Qualificata)
- AUTOBUS – SENZA LA PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO

Ritorno – (dall'istituto scolastico alla residenza)

- MEZZO PROPRIO
- AUTOBUS – CON PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO (Servizio di Assistenza Scolastica Qualificata)
- AUTOBUS – SENZA LA PRESENZA DELLA FIGURA DI UN ASSISTENTE AL TRASPORTO

Essendo la scheda relativa all'intero **anno solare 2024**, per quanto riguarda il periodo settembre – dicembre 2024, si richiede di barrare una delle seguenti voci:

- (alunni NON frequentanti il quinto anno che inizieranno a frequentare gli Istituti Superiori nell'anno scolastico 2023-24 e proseguiranno anche nell'anno scolastico 2024-25);
- (alunni iscritti al quinto anno che termineranno il ciclo di istruzione secondaria superiore a Giugno 2024).

Li _____

Data _____

Firma

- *Si allega COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE;*
- *Copia IBAN (no libretto postale) intestato al genitore richiedente;*
- *Copia L. 104/1992 art. 3;*