**All’Azienda Consortile “Agro Solidale”Ambito S01-3**

**Via Pittoni,1 Pagani (SA)**

**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 AUTOSUFFICIENZA**

Il Sig.re/La Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Per se stesso
* Ovvero per

Il sig.re/La Sig.ra/Il Minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Genitore □ familiare □ tutore □ legale rappresentante □

DICHIARA

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 approvato con DGRC n°170/2020;

* di essere persona disabile ai sensi della Legge 104/92 come da verbale rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di esserepersona che usufruisce o è in attesa di usufruire del seguente servizio sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attivato dall’Azienda “Agro Solidale”, e che al momento risulta privo di assistenza a causa dell’emergenza Covid-19;
* di non beneficiare di interventi a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienti quali Assegni di curao Progetto di vita indipendente;
* di essere a conoscenza del pagamento del Bonus disposto dalla Regione Campania attraverso bonifico domiciliato a cura di Poste Italiane SpA ai sensi della DGRC n°197 del 21/04/2020;

Allego alla presente dichiarazione:

1. *copia del proprio documento di identità in corso di validità;*
2. *attestazione riconoscimento disabilità ai sensi della L. 104/92;*
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;*

*4. copia del proprio codice fiscale;*

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

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_