

REGIONE  
CALABRIA**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI POLISTENA**

Comuni Anoia – Candidoni - Cinquefrondi - Feroletto della Chiesa – Galatro - Giffone - Laureana di Borrello- Maropati  
- Melicucco - Polistena - San Giorgio Morgeto - San Pietro di Caridà – Serrata.

**Oggetto: PR CALABRIA FESR FSE+ 2021-2027 - Obiettivo Specifico: ESO 4.11.** - Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+). - Azione 4.k.1 – Sostenere e rafforzare l'offerta di servizi e l'accesso paritario e tempestivo a servizi sociosanitari e sanitari di qualità, inclusa l'offerta di servizi di assistenza familiare e di prossimità- **“Educational Framework – Progetto di supporto alle famiglie con educatori familiari”**

**ALL'ATS DI****Polistena****DOMANDA PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SUPPORTO ALLE FAMIGLIE CON EDUCATORI FAMILIARI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_ in qualità di

- ☐ GENITORE  
☐ AFFIDATARIO  
☐ TUTORE  
☐ ALTRO

visto l'Avviso Pubblico **“Educational Framework – Progetto di supporto alle famiglie con educatori familiari”**;



consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

### CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'individuazione delle famiglie beneficiarie del servizio di supporto alle famiglie con educatori familiari.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000.

### DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare (Barrare le caselle che interessano):

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- ☐ di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- ☐ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ facente parte dell'**ATS di POLISTENA**

che il proprio nucleo familiare è così composto (indicare tutti i componenti del proprio nucleo familiare comprensivo del dichiarante):

N.	Nome e cognome	Data di nascita	Grado di parentela	Condizione (lavoro/studio)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare (Barrare le caselle che interessano):



☐ beneficia ☐ ha beneficiato di eventuali misure di contrasto alla povertà \_\_\_\_\_ (indicare misura \_\_\_\_\_)

presenta (barrare le voci che interessano e, se ritenuto, specificare):

☐ Difficoltà educative e relazionali in ambito familiare: \_\_\_\_\_;

☐ Presenza di disagio comportamentale/scolastico del minore;

☐ Difficoltà di apprendimento;

☐ Fragilità temporanea del nucleo familiare;

☐ Sostegno alla genitorialità;

☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_

☐ è attualmente preso in carico dai Servizi Sociali Professionali del Comune di \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

1. copia documento d'identità valido

2. attestazione ISEE in corso di validità e relativa DSU;

3. copia del verbale di accertamento dell'invalidità e/o certificazione dello stato di handicap rilasciata ai sensi della Legge 104/92 e/o altra certificazione medica specialistica attestante lo stato di ridotta capacità logico cognitiva (solo per i minori con disabilità)

4. dichiarazione sostitutiva della condizione occupazionale e dei carichi di cura e assistenza resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000;

5. altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso pubblico per l'individuazione delle famiglie beneficiarie del servizio di supporto alle famiglie con educatori familiari;



- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarà venuto a conoscenza ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere consapevole che, ai fini della individuazione e quantificazione delle prestazioni educative domiciliari erogabili, l'istanza sarà oggetto di valutazione specialistica da parte del servizio sociale professionale;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_