

**MODULO (A) DI CONFERMA IN CONTINUITA'  
DEGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI DI ASSISTENZA DIRETTA  
RIVOLTI A MINORI CON DISABILITA' CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO ELEVATO E MOLTO ELEVATO  
- PERIODO ESTIVO-**

**OPZIONE 1**

Il sottoscritto genitore/tutore/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ in nome e per conto del minore \_\_\_\_\_ già ammesso alla graduatoria 2025 degli interventi integrativi sociali (FNA 2024 3719/24) e residente nel Comune di \_\_\_\_\_, dichiara altresì il mantenimento dei requisiti di accesso (residenza nell'Ambito di riferimento, riconoscimento dell'Art.3 comma 3 della L. 104/92 e/o dell'indennità di accompagnamento, requisito ISEE entro € 35.000,00)

conferma la volontà di utilizzare il Voucher per l'attivazione degli interventi integrativi sociali avvalendosi dei **servizi erogati dagli Enti di cui all'elenco/catalogo allegato all'Avviso**

Per un VALORE massimo di € \_\_\_\_\_

Enti erogatori di cui all'**elenco/catalogo** in vigore:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipologia di intervento: \_\_\_\_\_

TALI INTERVENTI VERRANNO LIQUIDATI **DIRETTAMENTE** dall'Ambito/Gestione Associata ALL'ENTE EROGATORE

**OPZIONE 2**

Il sottoscritto genitore/tutore/amministratore \_\_\_\_\_ in nome e per conto del minore \_\_\_\_\_ già ammesso alla graduatoria 2025 degli interventi integrativi sociali (FNA 2024 3719/24) e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dichiara altresì il mantenimento dei requisiti di accesso (residenza nell'Ambito di riferimento, riconoscimento dell'Art.3 comma 3 della L. 104/92 e/o dell'indennità di accompagnamento, requisito ISEE entro € 35.000,00)

conferma la volontà di utilizzare il Voucher per l'attivazione degli interventi integrativi sociali avvalendosi di altri Servizi/Enti per il quale si chiede il rimborso (nei limiti previsti dall'Avviso pubblico):

Per un VALORE massimo di € \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Tipologia di intervento: \_\_\_\_\_

**Si ricorda di trasmettere documentazione comprovante la spesa sostenuta dalla famiglia per poter accedere al rimborso entro il 15/09/2026**

(periodo di decorrenza dal 01/06/2026 al 15/09/2026)

Data \_\_\_\_\_

Firma (genitore/A.S./tutore) \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

*I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_