



# COMUNE DI SOMMACAMPAGNA

PROVINCIA DI VERONA

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI  
- EDUCATIVE - SCOLASTICHE

[www.comune.sommacampagna.vr.it](http://www.comune.sommacampagna.vr.it) /  
[servizi.sociali@comune.sommacampagna.vr.it](mailto:servizi.sociali@comune.sommacampagna.vr.it)

## CONTRIBUTO PER SOGGIORNI E ATTIVITA' ESTIVE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' - ANNO 2024 - SCADENZA 30/09/2024

Il sottoscritto (cognome nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a SOMMACAMPAGNA, frazione \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
FAMILIARE DI \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di usufruire del seguente rimborso sulla base delle spese sottoindicate e documentate:

- rimborso del 70%** delle spese sostenute dalle famiglie per le **attività estive** dei minori disabili del territorio **come da ricevute/scontrini/fatture allegate** fino ad un **massimo di € 150,00**;
- rimborso del 50%** delle spese sostenute, fino ad un **massimo di € 150,00**, per i **soggiorni estivi** sia organizzati dalle famiglie che da altri enti, a beneficio di persone con disabilità, **come da ricevute/scontrini/fatture allegate**;

### DICHIARA

- che il **valore ISEE** del proprio nucleo familiare, in corso di validità, è pari ad € \_\_\_\_\_;
- che il familiare è in possesso del certificato di stato di handicap, ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3;
- di **NON avvalersi** di operatori addetti all'assistenza dell'ULSS o comunali, già finanziati dall'Amministrazione

Sommacampagna, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Allegati:

- copia certificato L. 104/92
- copia ricevute/scontrini/fatture