

Allegato "B"

Al Coordinatore
dell'Ambito Territoriale Sociale
n.

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Il/la sottoscritto/a		
nato/a a	i	1
residente a	in via	nn.
C.F		
TelCell	email:	
in qualità di genitore/tutore di .		
		il
residente a	in via	n
C.F		
Titolo di studio		
Condizione occupazionale:		
o Studente		
o occupato		
o disoccupato		
o inattivo (che non ha mai lavo	orato/non in cerca di lavoro)	

CHIEDE

- di beneficiare del contributo di cui all'art. 11 della L.R. 25/2014, ai sensi della DGR n. 1772 del 18.11.2024;



DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

1) la documenta						-			-					-	
01.04.2023/31		-													
dall'Istituto S	uperiore	della Sa	nità ed è	impu	tabile	alle fi	nali	tà per	cui v	iene	e ric	hies	sto i	l cont	ributo
- fattura n	del		per €	£			_ en	nessa c	la						
- fattura n	del		per €	Ē			_ en	nessa c	la						
- fattura n	del		per €	£			_ en	nessa d	la						
- fattura n	del		per €	£			_ en	nessa c	la						
- fattura n															
2) di <u>non</u> pero (contributo co Dichiara inoltre	oncesso d	a			•••••	imp	orto	di €	•••••	••••	••••		••••	• • • • • •)
c/c intestato a nato il	a														
acceso presso					1	Agenzi	a/fil	liale di			· • • • •		· • • • •		
Codice IBAN:															
									1						



ED ALLEGA

- a) Certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014;
- b) Progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014, da cui si desume la prescrizione degli interventi;
- c) Copia della documentazione di spesa sopra elencata (fattura/ricevuta e relativa quietanza di pagamento).
- d) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e Data	
	Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI a cura dell'Ambito Territoriale Sociale