

## Allegato “B”

**Al Coordinatore  
dell’Ambito Territoriale Sociale  
n. \_\_\_\_\_**

<p style="text-align: center;"><b>DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO Codice Unico Progetto n. I51H24000070001</b></p>
---

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via .....n. ....

C.F. ....

Tel. ....Cell. ....email:.....

in qualità di genitore/tutore di .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via ..... n. ....

C.F. ....

Titolo di studio .....

Condizione occupazionale:

- Studente
- occupato
- disoccupato
- inattivo (che non ha mai lavorato/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;



### 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**

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- **dichiara** di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_