



Allegato "B"

Al Coordinatore
dell'Ambito Territoriale Sociale
n. 3

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

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in vian.
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)
Comunicazione avvio del procedimento (L. 241/90)**

DICHIARA

- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e della comunicazione di avvio del procedimento contenute all'interno dell'Avviso Pubblico approvato con Det. n. 30 del 18/03/2025.

Avviso e Allegati sono inoltre pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Unione Montana del Catria e Nerone, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo e data _____

Firma
