

Allegato “B”

**Al Coordinatore
dell’Ambito Territoriale Sociale
n. _____**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
– ANNO 2025**

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 della persona con disabilità

Condizione occupazionale della persona con disabilità:

- 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. 252/2026;

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
