

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 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. 252/2026;

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 documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.11.2024/31.10.2025 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

.....

per un totale di € _____

2) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo _____ concesso da.....importo _____ di €.....);

Dichiara inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:

