

**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. 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

\_\_\_\_\_