Modello di domanda

Spett.le

 AMBITO TERRITORIALE N°3

Via Gravina,132

Corato (BA)

pec: servizi.sociali@pec.comune.corato.ba.it

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L’ACCESSO AI PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATA AI MINORI E ALL’ETA’ DI TRANSIZIONE FINO A 21 ANNI, CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore):

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| RESIDENZA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| Cell. |  |
| E-mail |  |

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

Che il/la proprio/a figlio/a:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOM E ENOME |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| RESIDENZA |  |
| CODICE FISCALE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DISTURBO DELLO SPETTROAUTISTICO (specificare livello di gravità) |  |

Possa partecipare ai percorsi di assistenza alla socializzazione dedicata ai minori e all’età di transizione fino a 21 anni con disturbo dello spettro autistico.

Indicare il percorso di preferenza

 ***A) PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATI AI MINORI FREQUENTANTI SCUOLE DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO***

 ***B) PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATI AI MINORI NELL’ETA’ DI TRANSIZIONE FINO AI 21 ANNI.***

Indicare il Comune di preferenza per lo svolgimento delle attività (solo per la scelta del percorso A)

 ***Corato***

 ***Ruvo di Puglia***

 ***Terlizzi***

DICHIARA inoltre

*(barrare obbligatoriamente tutte le voci che interessano)*

[]di essere Cittadino/a italiano/a

[]di essere Cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea in possesso di Attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell’Unione ai sensi del D.L. del 6 febbraio 2007 n.30;

[]di essere Cittadino/a di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno;

[]di avere preso visione integrale di quanto indicato e riportato nell’Avviso Pubblico;

[]che tutta la documentazione allegata in copia alla presente domanda è conforme all’originale;

[]di autorizzare il Consorzio Ambito Territoriale Sociale Corato Rubo di Puglia – Terlizzi al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e all’accesso al portale Inps, al fine di verificare la corrispondenza al vero delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte.

Data

Firma

IL/LADICHIARANTE

Si allegano i seguenti documenti obbligatori:

1. Certificazione della diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
2. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario.