

Progetto realizzato con il contributo della



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le disabilità



Modello di domanda

Spett.le

**Consorzio per l'Integrazione e l'Inclusione Sociale Ambito di Fasano
in sigla "CIISAF" ATS BR2**

Palazzo del Balì - Piazza Ciaia
72015 Fasano (BR)

PEC: consorzioambitoocf@legalmail.it

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO AI
PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATA AI MINORI ED
UTENTI IN ETA' DI TRANSIZIONE FINO A 21 ANNI, CON DISTURBO DELLO
SPETTRO AUTISTICO.**

Il sottoscritto (genitore):

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

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

A) Possa partecipare ai percorsi di assistenza alla socializzazione dedicata ai minori ed utenti in età di transizione fino a 21 anni con disturbo dello spettro autistico.

Indicare i percorsi OPZIONATI riportati in una o più delle schede descrittive dei rispettivi operatori economici:

ATTIVITA'	ETA' UTENTI	OPERATORE ECONOMICO

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 per l'Integrazione e l'Inclusione Sociale Ambito di Fasano in sigla "CIISAF" ATS BR2 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 _____

IL/LA DICHIARANTE _____(Firma)

A sostegno di quanto dichiarato, allega i seguenti documenti obbligatori:

- certificazione della diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del sottoscrittore dell'istanza (DPR n.445/2000) e del minore.