

Spett. Sig. Sindaco

Comune di _____

Via _____

CAP _____ (città) _____

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi della DGR n. 218/2018 e della L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11)

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.

CHIEDE

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per interventi riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, prescritti 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, ai sensi della DGR n. 218 del 26.02.2018;
- che la domanda venga trasmessa per il tramite dell'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale competente, entro i tempi stabiliti dal bando regionale, alla REGIONE MARCHE - Servizio Politiche Sociali e Sport, Via Gentile da Fabriano n.3 -60125 ANCONA – al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

Si 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) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma
