

Spett. Sig. Sindaco
Comune di MATELICA
Via Spontini, n.4
CAP 62014 MATELICA (MC)

DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi della DGR n. 181/2019 e della L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11)

Il/ la sottoscritto/a..... nato/a a

.....il..... residente a MATELICA in via

.....n.

c.f. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel/Cell.....email:.....

in qualità di: GENITORE / TUTORE di

.....

nato/a.....il.....

residente.a MATELICA in Vian.

CHIEDE

- che la presente domanda volta ad ottenere il contributo regionale per le spese sostenute per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità, prescritti 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, ai sensi della DGR n. 181 del 25.02.2019, 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 al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

Si allega:

- Certificazione della diagnosi di autismo effettuata 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;
- 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;

- Allegato “C” Rendicontazione delle spese sostenute;
- 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.

Matelica _____

Firma

RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

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.....il.....

Tel/Cell.....email:.....

in qualità di **GENTITORE /TUTORE di** nato/a a

..... il

residente a **MATELICA** in Via n.

c.f. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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:

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute 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 _____

- 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 € _____

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

Si allega:

- Copia della documentazione di spesa sopra elencata.

Tale documentazione deve essere 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 al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

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.

Matelica _____

Firma
