Modello di domanda

**Spett.le Consorzio ATS BR 4**

**Via Santacesaria, 7 - 72023 Mesagne (BR)**

**consorzio@pec.ambitomesagne.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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CODICE** | **Priorità (1 o 2)** | **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 ATS BR 4 al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente e all’accesso al portale Inps, al fine di verificare la corrispondenza al vero delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte.

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.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma)