



Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, ASL TA

Ufficio di Piano

Spett.le Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale di Manduria

ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.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 TRAMITE VOUCHER.

Il sottoscritto (genitore):

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

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	
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (specificare livello di gravità)	

Possa usufruire dell'erogazione del voucher per la partecipazione ai percorsi di assistenza alla socializzazione dedicata ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni con disturbo dello spettro autistico

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 essere portatore di handicap ai sensi della legge n. 104/92 con diagnosi di disturbo dello spettro autistico;

☐ 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 l'Ambito Territoriale Sociale 7 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/LA DICHIARANTE

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

-Verbale legge 104/92 e 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;

- ricevute/fattura delle prestazioni per la partecipazione ai percorsi di assistenza alla socializzazione