

Allegato “B”

Spett. Sig. Sindaco
Comune di _____
Via _____
CAP _____ (città) _____

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi delle DGR n. 1568/2019 e n. 185/2020 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

- 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 delle deliberazioni di Giunta regionale n. 1568/2019 e n.185 /2020, 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:

- 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) 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;
- c) Allegato "C" Rendicontazione delle spese sostenute;
- d) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma
