



Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio disabilità

## Domanda di contributo per interventi educativi o riabilitativi per persone affette da disturbi dello spettro autistico per il Comune di Jesi

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### in qualità di (\*)

Ruolo
<input type="text"/>

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

### Titolo di studio

<input type="text"/>
----------------------

### Condizione di occupazione

- studente
- occupato
- disoccupato
- inattivo (che non ha mai lavorato o non in cerca di occupazione)

### 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, venga trasmessa per il tramite dell'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale competente.

#### Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- rendicontazione delle spese sostenute – allegato C
- certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti
- progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti da cui si desume la prescrizione degli interventi
- copia della documentazione di spesa citata nella rendicontazione
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Jesi

Luogo

Data

Il dichiarante