



**AVVISO PUBBLICO PER L'INCLUSIONE LAVORATIVA DELLE PERSONE CON  
DISABILITÀ, INTERVENTI ED INIZIATIVE DEDICATE ALLE PERSONE CON  
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.**

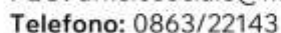
**CUP - C99I23001900001**

**(ALLEGATO B)**

[illegible]☐ Amministratore di sostegno nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**(Da compilare solo se diverso da diretto interessato)**

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_





### **DICHIARA**

In conformità a quanto previsto nell'avviso di essere:

- di essere residente in uno dei comuni dell'Ecad e di avere 18 anni di età;
- di godere dei diritti politici e civili e di essere cittadino italiano o di nazionalità europea o extraeuropea con permesso di soggiorno ai sensi del D.lgs 286/98 e simili;
- di essere in possesso di certificazione di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, certificazione L. 104/92 e o certificazione di invalidità;

### **A TAL FINE SI ALLEGA**

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia della certificazione di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, certificazione L 104/92 e o certificazione di invalidità;
- Se persona diversa dal beneficiario dell'intervento copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente ad un documento di identità;

### **DICHIARA**

Inoltre, di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

