

**Allegato “B”**

**Al Coordinatore  
dell’Ambito Territoriale Sociale  
n. \_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO  
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI  
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

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.

.....  
Titolo ..... di ..... studio

.....  
Condizione occupazionale:

- Studente
- occupato
- disoccupato
- inattivo (che non ha mai lavorato/non in cerca di lavoro)

**CHIEDE**

- di beneficiare del contributo di cui all’art. 11 della L.R. 25/2014, ai sensi della DGR n. 252/2026;

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

1) la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.11.2024/31.10.2025 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

.....

**per un totale di € \_\_\_\_\_**

2) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da.....importo di €.....);

**Dichiara** inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:

