



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro per le Disabilità

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 16 “METROPOLITANO”

(Deliberazione del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 70/3 del 09.08.2016)

COMUNI ASSOCIATI

**BRITTOLI – CAPPELLE SUL TAVO – CATIGNANO – CEPAGATTI – CITTA' SANT'ANGELO - CIVITAQUANA – ELICE
– MOSCUFO – NOCCIANO – PIANELLA - ROSCIANO - SPOLTORE**

COMUNE DI SPOLTORE

ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE

AVVISO PUBBLICO

**PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI VOUCHER PER LA FRUIZIONE DI INTERVENTI E SERVIZI DI
SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025

DGR Regione Abruzzo n. 154 del 31/03/2026

**In attuazione del DM 13 ottobre 2025 e della programmazione operativa regionale approvata con
DPG023/127 del 29/06/2026**

ALLEGATO 2

**SCHEDA PER LA SCELTA DEL SOGGETTO ATTUATORE E DEL PERCORSO DI
SOCIALIZZAZIONE**

Dati del beneficiario

Cognome e nome: _____

Codice fiscale: _____

Soggetto attuatore scelto

Denominazione: _____

Sede: _____

Referente: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Il beneficiario dichiara di aver scelto il soggetto sopra indicato tra quelli inseriti nel Catalogo **dei soggetti attuatori dell'ADS n. 16 "Metropolitano"**.

Attività scelta

Barrare una o più attività:

- ☐ Campus, centri estivi e colonie
- ☐ Attività sportive e motorie
- ☐ Attività culturali, ricreative e outdoor
- ☐ Laboratori espressivi, artistici e musicali
- ☐ Socializzazione facilitata con pari
- ☐ Gruppi di socializzazione strutturata

Descrizione sintetica dell'attività:

Organizzazione del percorso di socializzazione

Data prevista di avvio: _____

Data prevista di conclusione: _____

Giorni di svolgimento: _____

Frequenza: _____

Durata della singola attività: _____

Numero complessivo di prestazioni/accessi previsti: _____

Costo del percorso di socializzazione

Costo complessivo previsto: € _____

Importo richiesto a valere sul voucher: € _____

Il costo indicato comprende:

Il beneficiario/genitore/tutore dichiara:

- di aver scelto liberamente il soggetto attuatore;
- di aver preso conoscenza delle caratteristiche dell'attività proposta;

- di essere consapevole che il voucher ha un valore massimo di € 1.500,00;
- di essere consapevole che il rimborso sarà riconosciuto esclusivamente per le prestazioni effettivamente fruite e documentate;
- di essere consapevole che eventuali spese eccedenti il valore del voucher resteranno a proprio carico, salvo diversa disposizione dell'ECAD.

Luogo _____

Data _____

Firma del beneficiario/genitore/tutore

Per presa visione e accettazione

Firma del soggetto attuatore

