

OGGETTO: Richiesta contributo regionale per interventi riabilitativi per persone affette da disturbi dello spettro autistico - Anno 2016.

...l.... sottoscritt.....
nat..... a prov. il
residente ad Ascoli Piceno in Via n., tel.:

CHIEDE

di potere accedere al contributo regionale per le famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico per le spese sostenute per gli operatori specializzati che effettuano interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità per l'anno 2016.

Allega a tal fine la domanda di contributo e la rendicontazione delle spese sostenute di cui agli allegati "B" e "C" del DDS n. 85 del 20/10/2016.

Dichiara che, in caso di accoglimento della domanda, il beneficio venga erogato tramite (*barrare la casella*):

☐ c/c bancario

☐ c/c postale

con il seguente codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a presso Istituto di credito.....

Ascoli Piceno, lì

Firma.....

REGIONE MARCHE
Servizio Politiche Sociali e Sport
Via Gentile da Fabriano n.3
60125 ANCONA

DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi della DGR n.1228/2016 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

l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per interventi riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, prescritti 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, ai sensi della DGR n.1228 del 17.10.2016.

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) Scala C.A.R.S. / Scala C.A.R.S. 2 second edition o ADI-R o ADOS / ADOS 2 second edition, dove risulta un livello medio/alto di sintomi relativi allo spettro autistico;
- c) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma

REGIONE MARCHE
Servizio Politiche Sociali e Sport
Via Gentile da Fabriano n.3
60125 ANCONA

RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

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.

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 per interventi 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 €.....);

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma
