



Allegato "A"

**All'ATS 12
P.zza Municipio 1
60015 Falconara M.ma
Pec: comune.falconara.ambitosociale12@emarche.it**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO ALLE FAMIGLIE
CON PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DI CUI ALLA LETT. A)
PROGETTO IN&AUT – DGR. 1818 del 27.12.2022 e n. 725 del 30.05.2023
PERIODO DI RIFERIMENTO 1 APRILE 2023 – 31 DICEMBRE 2023**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il residente a.....
..... in vian. 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 della persona affetta da disturbo dello spettro autistico:
 studente
 occupato
 disoccupato
 inattivo (che non ha mai lavorato/non in cerca di lavoro)

CHIEDE

- di poter accedere al contributo rivolto alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico di cui alla lett. a) progetto IN&AUT – DGR. 1818 del 27.12.2022 e n. 725 del 30.05.2023 - periodo di riferimento 1 aprile 2023 – 31 dicembre 2023.



Si allega:

- a) Allegato "B" Rendicontazione delle spese sostenute nel periodo 01.04.2023/31.12.2023;
- b) documentazione fiscalmente valida e intestata al beneficiario o ad un familiare che attesti che le spese sono state sostenute nel periodo 01.04.2023-31.12.2023, con relative quietanze di pagamento.
- c) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e Data _____

Firma
