

Spett.le Consorzio Sociale BR1
Via Grazia Balsamo, 4
BRINDISI
pec: consorziobr1@pec.consorziosocialebr.it

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L'ACCESSO AI PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATA AI MINORI E ALL'ETA' DI TRANSIZIONE FINO A 21 ANNI, CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.

Il sottoscritto (genitore/tutore):

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
Cell.	
E-mail	

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (specificare livello di gravità)	
---	--

Possa partecipare ai percorsi di assistenza alla socializzazione dedicata ai minori e all'età di transizione fino a 21 anni con disturbo dello spettro autistico.

Indicare la Cooperativa Sociale prescelta in scala di preferenza:

Opzione 1: _____

Opzione 2: _____

Opzione 3: _____

DICHIARA inoltre

(barrare obbligatoriamente tutte le voci che interessano)

di essere Cittadino/a italiano/a

di essere Cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea in possesso di Attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell'Unione ai sensi del D.L. del 6 febbraio 2007 n.30;

di essere Cittadino/a di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno;

di avere preso visione integrale di quanto indicato e riportato nell'Avviso Pubblico;

che tutta la documentazione allegata in copia alla presente domanda è conforme all'originale;

di autorizzare il Consorzio Ambito Territoriale Sociale BR1 al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e all'accesso al portale Inps, al fine di verificare la corrispondenza al vero delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte.

Data _____

Firma

IL/LA DICHIARANTE

Si allegano i seguenti documenti obbligatori:

1. certificazione della diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
2. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario.