

qualità di:

- ° Familiare;
- ° Tutore;
- ° Amministratore di Sostegno;
- ° Altro (specificare) _____

C H I E D E

**PER L'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CON IL DISTURBO SPETTRO AUTISTICO FINALIZZATO
ALLA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO**

“Passi verso l'inclusione, suonando e sperimentando insieme”

a favore di _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Certificazione di diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Eventuale documentazione sanitaria/educativa utile alla strutturazione del percorso.

DICHIARAZIONI:

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Dichiara di aver preso visione dell'avviso pubblico del PROGETTO “Passi verso l'inclusione, suonando e sperimentando insieme”
- di essere consapevole che la domanda sarà valutata in base all'ordine cronologico di arrivo;
- di essere a conoscenza che la partecipazione è gratuita e subordinata alla verifica dei requisiti;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati.

Luogo e data

Firma _____

