****

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**Al Direttore del**

**Consorzio per la realizzazione del sistema integrato di Welfare**

**Ambito di Poggiardo**

**Oggetto: Richiesta di adesione al percorso di assistenza e di socializzazione dedicati ai minori e all’età di transizione fino a ventun anni.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)   
Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di padre ☐ madre☐ tutore ☐ del MINORE:**

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’ADESIONE AL PERCORSO DI ASSISTENZA E DI SOCIALIZZAZIONE DEDICATI AI MINORI E ALL’ETÀ DI TRANSIZIONE FINO A VENTUN ANNI

**A TAL FINE DICHIARA**

consapevole che, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici

**- che il minore sopraindicato è affetto dal disturbo dello spettro autistico.**

**- allega documento di identità proprio e del minore autistico per il quale si presenta la richiesta**

*Con questa firma dichiaro di fornire il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità del presente avviso ai sensi del Art. 13 GDPR Regolamento UE 2016/679.*

Luogo e Data,   
 Firma del genitore/tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_