

Al Comune di Floridia,
Via IV Novembre, 79
96014-Floridia

Oggetto: Domanda di partecipazione al progetto sperimentale in favore di minori e giovani affetti da Disturbo dello Spettro Autistico.

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail: _____, n.q. di genitore/tutore
di _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in _____ n. _____

CHIEDE

Che _____ (nome e cognome del beneficiario) venga inserito nel progetto sperimentale in favore di minori e giovani affetti dal Disturbo dello Spettro Autistico.

Si allega:

- a) documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore/giovane, di cui alla L. 104/1992 art. 3 c.3;
- b) attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) copia del documento di identità del minore in corso di validità.

Luogo e data _____

Il Richiedente _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

Luogo e data _____

Firma _____