



**Linea di azione di cui alla lettera b)** "progetti volti a prestare assistenza agli enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI";

**Linea di azione di cui alla lettera c)** "progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti con disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento";

**Linea di azione di cui alla lettera d)** "progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l'inclusione di persone con disturbo dello spettro autistico";

**Linea di azione di cui alla lettera f)** "interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico"

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità a tal fine

#### DICHIARA

Che la situazione patrimoniale è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno corrente ed è pari ad euro \_\_\_\_\_

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome e cognome	Nato a	Il	Rapporto di parentela	DSA
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche, ed altresì, qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediante valutazione multidimensionale, effettuata dall'UVM.

Che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili.

Tutto ciò premesso, allega:

1. DSU - ISEE in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza;
2. Certificato medico - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulti la diagnosi di DSA o altre patologie correlate.

