

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

---

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI  
A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI**

**FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....in via .....n..... Cap.....  
Codice fiscale.....  
Tel. ....Cell. ....email:.....  
con disabilità:  **uditiva**  **visiva**  
in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) :  **si**  **no**

**A cura del genitore/tutore se l'alunno è minorenne:**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....in via .....n..... Cap.....  
Codice fiscale.....  
Tel. ....Cell. ....email:.....  
**in qualità di genitore/tutore di** .....  
nato/a .....il.....  
Codice Fiscale .....  
con disabilità:  **uditiva**  **visiva**  
in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) :  **si**  **no**

presa visione della DGR n. 1191 del 07.08.2023 "Interventi relativi all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali - Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2023/2024".

