



COMUNE DI ANZIO
Ente Capofila



DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 6.6

CONTRIBUTO ALLE FAMIGLIE
CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO
- ANNUALITA' 2026 -

**OGGETTO: RICHIESTA EROGAZIONE CONTRIBUTO CON BONIFICO BANCARIO
INTESTATO A PERSONA DI MINORE ETA'**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ VIA/VIALE _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____ MAIL _____

IN QUALITA' DI ☐ GENITORE ☐ TUTORE ☐ AFFIDATARIO

DEL MINORE _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ VIA/VIALE _____

CODICE FISCALE _____

CON CONSENSO DELL' ALTRO GENITORE (nome e cognome) _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ VIA/VIALE _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

CHE IL CONTRIBUTO SPETTANTE IN EURO _____ PER
“INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO
FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ – ANNUALITÀ 2025” VENGA EROGATO CON
BONIFICO BANCARIO INTESTATO A MIO/A FIGLIO/A MINORENNE

ED AVENTE IL SEGUENTE CODICE IBAN _____

- ☐ AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PRESENTI NEL DOCUMENTO, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N. 196 E DEL G.D.P.R. (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 ISTITUZIONALI DEGLI ENTI PREPOSTI.

LUOGO E DATA

FIRMA DEI GENITORI
