



**ALLEGATO A)**

Al Settore ISTRUZIONE - POLITICHE SOCIALI  
della Città Metropolitana di Reggio Calabria  
protocollo@pec.cittametropolitana.rc.it

**ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON  
MINORI AFFETTI DA DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO  
AVVISO PUBBLICO ANNO 2026**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome	Nome	
Comune di nascita	Provincia	Data di Nascita
Codice Fiscale	Telefono/Cellulare	
PEC	E-mail	

**Residente in**

Via	Cap.	Città	Provincia
-----	------	-------	-----------

**Nella qualità di**

<input type="checkbox"/> Esercente la potestà genitoriale	<input type="checkbox"/> Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
---	---

**CHIEDE**

**l' erogazione di un sussidio economico a favore delle famiglie con minori affetti da  
Disturbo dello Spettro Autistico per l'annualità 2026**

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 28.12.2000, n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 dello stesso DPR, ai sensi e per gli effetti dell'art.47del citato DPR, sotto la propria responsabilità*

**DICHIARA**

che il minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico, in favore della quale viene chiesto il sussidio economico è :

Cognome	Nome	
Comune di nascita	Provincia	Data di nascita



**ALLEGATO A)**

<i>Codice fiscale</i>	<i>Telefono/cellulare</i>
<i>PEC</i>	<i>E - Mail</i>

Residente in:

<i>Via</i>	<i>Cap.</i>	<i>Città</i>	<i>Provincia</i>
------------	-------------	--------------	------------------

**(BARRARE CON UNA X)**

- di voler usufruire del sussidio economico previsto dall'Avviso per l'Anno 2026;
- di essere beneficiario di contributi a valere sul Fondo..... per un importo pari ad € .....
- di non percepire altre risorse (es. esenzioni, contributi, rimborsi, voucher o buoni servizi, ecc.) a copertura del costo dei medesimi servizi per i quali si produce la presente istanza di ammissione al contributo);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che riguardano la situazione familiare, economica, patrimoniale e assistenziale della persona affetta da Disturbo dello Spettro Autistico e del nucleo familiare in cui la stessa persona è inserita;
- di essere informato che la Città Metropolitana di Reggio Calabria ha facoltà di richiedere agli uffici competenti la produzione di certificazioni e/o attestazioni, al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese;
- di essere a conoscenza che la presente istanza, deve essere corredata dalla documentazione richiesta
- che nei propri confronti non sono state applicate misure di prevenzione e non sussistono cause ostative,previste dall'art. 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011 n.159, ed art. 80, comma 2 del D.Lgs. n°50/2016 e ss.mm.ii. di cui al D.Lgs. n° 56/2017;
- che nei propri confronti, negli ultimi cinque anni, non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione della sorveglianza, di cui all'art. 3, della Legge 27 dicembre 1956 n.1423,(ora art. 6 del D. Lgs. N°56/2017 );
- che nei propri confronti non sono state pronunciate sentenze di condanne passate in giudicato,o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenze di applicazione della pena su richiesta,ai sensi dell'art. 444 del Codice di Procedura Penale, per i reati previsti dall'art.80,comma 1°,lettere a),b),c),d),f),f-bis),f-ter),g,-del D. Lgs. n°50/2016 e ss.mm.ii. , di cui al D. Lgs. n° 56/2017, anche con riferimento all'art.80, comma 7;

**OVVERO**

- che nei propri confronti sussistono sentenze penali di condanna, (ivi comprese le sentenze di patteggiamento e i decreti penali di condanna), divenute irrevocabili, incluse quelle per le quali sia stato concesso il beneficio della non menzione, ovvero sia intervenuta l'estinzione del reato, ma la suddetta estinzione non sia stata dichiarata con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- di dare in consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa di cui al Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali (GDPR) n.2016/679 e dall'art. 13 del D.gls. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"



**ALLEGATO A)**

**A tal fine allega:**

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione cumulativa, resa ai sensi del DPR n. 445/2000, relativa alla nascita, allo stato di famiglia ed alla residenza della persona a favore della quale viene richiesta l'erogazione del contributo;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare (Anno 2026);
- Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità e/o del codice fiscale/tessera sanitaria del richiedente;
- Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità e/o del codice fiscale/tessera sanitaria della persona destinataria del sussidio economico (persona con DSA). Per i cittadini non comunitari, copia del permesso/carta di soggiorno in corso di validità;
- Copia riconoscimento dello stato di disabilità rilasciato ai sensi della L.104/92 e ss.mm.ii.;
- Relazione o certificazione del medico specialista neuropsichiatra del servizio pubblico con la prescrizione delle terapie coerenti con le Linee Guida Nazionali, in modo da giustificare le spese sostenute dai richiedenti;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi del DPR n. 445/00, delle provvidenze economiche (pensioni, indennità, assegni, ecc...) percepite dalla persona destinataria del sussidio economico (persona con DSA);
- Fatture per le spese effettuate e sostenute nel periodo che va dal 01 SETTEMBRE 2025 al 30 GIUGNO 2026: le fatture devono essere corredate dalle copie dei bonifici e/o ricevute pos, attestanti il pagamento delle stesse;
- Ove ne ricorrano i presupposti*: copia del provvedimento di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno; eventuale delega alla compilazione dell'istanza di richiesta di contributo; eventuale delega alla riscossione del contributo;

Luogo e Data

-----

In Fede  
Firma (*leggibile*)

-----