 **ALLEGATO C**

**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L’ACQUISTO DI SUSSIDI  E/O SUPPORTI PER L’AUTONOMIA** |

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................

nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….

residente a …………………………………………………………………………………………………...…

in via ………….………………………………………….……………….. n. ………… Cap ……….………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...

Tel. …………………Cell. …………………..………email:………………………………………………….. ………..

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore l’autorizzazione per l’acquisto di:

**sussidi** (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

**supporti per l’autonomia** (computer, software o altri strumenti similari previsti dal PEI e debitamente motivati)

come specificato nel **preventivo di spesa provvisto non provvisto** del visto di un Associazione di una delle principali organizzazioni di tutela e di rappresentanza degli interessi dei disabili sensoriali

a favore di…………………………………….. nato/a a………………………….il…………………

con disabilità:  **uditiva visiva**

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

1. preventivo di spesa.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_