**ALLEGATO C**



**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

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

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

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)

**** per l’acquisto di **supporti per l’autonomia** (computer, software e altri ausili tecnologici previsti dal PEI e debitamente motivati)

**** per l’**adattamento dei testi scolastici** traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.)

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

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