

OGGETTO: Dichiarazione di copertura delle spese relative ai servizi di “Spazio Autismo”

Il sottoscritto _____

Residente a _____ in via _____

con riferimento all’istanza di ammissione al servizio “**SPAZIO AUTISMO**”:

attività ordinaria

attività estiva di sollievo.

del/la figlio/a _____

dichiara di farsi carico del costo degli stessi nella seguente misura:

- caparra di € _____ per l’attività ordinaria da versare entro 5 giorni dalla data di conferma di ammissione al servizio;
- saldo di € _____ per l’attività ordinaria da versare entro 30 giorni dal primo versamento;
- quota complessiva di € _____ per l’attività di sollievo da versare prima entro il giorno precedente l’inizio del servizio.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del fatto che il servizio non verrà attivato prima del versamento della caparra e che lo stesso sarà sospeso in caso di mancato versamento del saldo.

Data _____ In fede _____