

"Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità"



MODELLO "Allegato A"

- AL COMUNE DI _____
- PUNTO UNICO DI ACCESSO DISTRETTO LT/5

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE
PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICATI ALLE PERSONE CON
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E ALLE LORO FAMIGLIE
(DAI 3 AI 35 ANNI)**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ cell. _____

Email _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

Richiedente beneficiario

Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____

Convivente: si no

Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Altro (specificare: _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (_____) il _____ / _____ / _____

Residente nel Comune di _____ prov. (_____) _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico distrettuale per la realizzazione di interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie (DAI 3 AI 35 ANNI).

DICHIARA LE SEGUENTI INFORMAZIONI

A) CONDIZIONI SOCIOFAMILIARI		
A.1	Nucleo monogenitoriale	<input type="checkbox"/>
A.2	Famiglia con oltre 2 figli minori nello spettro autistico	<input type="checkbox"/>
A.3	Famiglia con 2 figli minori nello spettro autistico	<input type="checkbox"/>
B) ATTIVITÀ SVOLTE		
B.1	Non frequenta alcuna attività	<input type="checkbox"/>
B.2	Frequenta attività saltuarie (max 3 volte a settimana)	<input type="checkbox"/>
B.3	Frequenta attività giornaliere (oltre 3 volte a settimana)	<input type="checkbox"/>
B.4	Frequenta attività semiresidenziali (scuola, centri diurni ecc.)	<input type="checkbox"/>
C) SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE in corso di validità)		
C.1	ISEE da 0,00 a 8.000,00	<input type="checkbox"/>
C.2	ISEE da 8.000,01 a 12.000,00	<input type="checkbox"/>
C.3	ISEE da 12.000,01 a 18.000,00	<input type="checkbox"/>
C.4	ISEE da 18.000,01	<input type="checkbox"/>

E di essere consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

ESPRIME

la propria volontà per partecipare alle attività progettuali di cui all'art.1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno condivise e scelte in sede di UVM

ALLEGA la seguente documentazione:

1. copia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario e anche di chi presenta la domanda ove non coincidente;
2. nel caso di persona disabile rappresentata da terzi copia del provvedimento di delega/protezione o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità;
3. certificazione specialistica rilasciata da struttura pubblica ovvero da struttura privata e/o medico specialista convenzionati con la stessa, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
4. Copia Attestazione ISEE in corso di validità.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra

Via / Piazza n.....

Comune CAP

Tel. cell. E-mail

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informano i partecipanti al presente avviso che i propri dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e smi in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizza l'Ufficio del Distretto Socio Sanitario Lt/5 , sito c/o il Comune di Gaeta Comune Capofila LT/5, al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data _____

Firma _____

Luogo e data, _____

FIRMA
