



Allegato A1)

“Domanda di ammissione all’Avviso Pubblico per la formulazione di elenchi di beneficiari degli interventi dedicati alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in età compresa (10-15 e 16-21) - Decreto Ministeriale del 29 luglio 2022”. CUP J61H24000170003 - CUP J61H24000180003.

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

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n.4
Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____
cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

In qualità di:

- richiedente beneficiario
colui che giuridicamente ne fa le veci
- 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):

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. 4



Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____

cell. _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo email _____

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso Pubblico per la formulazione di elenchi di beneficiari degli interventi dedicati alle persone con spettro autistico in età compresa (10-15 e 16-21)

Progetti rivolti alla fascia d'età compresa tra 10 e 15 anni

Progetti rivolti alla fascia d'età compresa tra 16 e 21 anni

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

Di essere in possesso di una Certificazione specialistica rilasciata da struttura pubblica ovvero da struttura privata e/o medico specialistica convenzionata con la stessa, attestante la diagnosi del Disturbo dello Spettro Autistico rilasciata in data ___/___/___ da _____ con Verbale n. _____.

Vista la Determinazione del Responsabile di Area n. 1264 del 18.12.2024 con la quale è stato emanato e pubblicato all'Avviso Pubblico di cui alla presente domanda;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

ESPRIME

La propria volontà di essere ammesso/a a partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso pubblico, per la formulazione di elenchi di beneficiari degli interventi dedicati alle persone con spettro autistico in età compresa (10-15 e 16-21) e ai nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno condivise e scelte in sede di UVM.



INFINE DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del

26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento delle attività progettuali presso il Comune di Marsciano, Capofila della Zona Sociale n.4 dell'Umbria, in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Marsciano, in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Luogo e Data _____

Firma _____

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.