Allegato A

All'Ambito Territoriale di Polistena
Via G. Lombardi n° 1
89024
Polistena (RC)

Pec: protocollo@comune.polistena.rc.it

Oggetto: Avviso pubblico per l'individuazione di persone con disturbo dello spetto autistico per lo svolgimento delle attività di cui alla DGR n. 161 del 13 aprile 2023 in attuazione del DPCP del 29 luglio 2022, recante riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del fondo per l'inclusione delle persone con disabilità

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a _____

il_____, C.F__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

residente a_____in piazza/via _____n. _____

tel./cell._____, e-mail_____;

con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

☐ **Diretto interessato**;

☐ **Familiare** ***(indicare il grado di parentela)*: _____**

☐ **Tutore/Amministratore di sostegno**

☐ **Altro** *(specificare)*_____

(indicare il soggetto interessato):

Cognome_____Nome _____

C.F__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ nato/a a _____

prov._____sesso (M o F) il_____residente/domiciliato/a a _____

prov._____indirizzo_____C.A.P. _____

tel./cell._____e-mail_____;

CHIEDE

Di aderire alle seguenti linee di intervento ***(spuntare gli interventi per i quali si chiede di aderire)***

☐ **Linea di azione di cui alla lettera a**) "percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino **ai ventuno anni**, anche tramite voucher";

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0023055 DEL 28-11-2024 in partenza

☐ **Linea di azione di cui alla lettera b**) "progetti volti a prestare assistenza agli enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI";

☐ **Linea di azione di cui alla lettera c)** "progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti con disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento";

☐ **Linea di azione di cui alla lettera d)** "progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l'inclusione di persone con disturbo dello spettro autistico";

☐ **Linea di azione di cui alla lettera f)** "interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico"

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità a tal fine

DICHIARA

☐ Che la situazione patrimoniale è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno corrente ed è pari ad euro_____

☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome e cognome	Nato a	Il	Rapporto di parentela	DSA
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No

☐ di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche, ed altresì, qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediate valutazione multidimensionale, effettuata dall'UVM.

☐ Che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili.

Tutto ciò premesso, allega:

1. DSU - ISEE in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza;
2. Certificato medico - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulti la diagnosi di DSA o altre patologie correlate.

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0023055 DEL 28-11-2024 in partenza

3. Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
4. Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;
5. Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;
6. Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza.

Dichiara, inoltre, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Firma del dichiarante

_____
(Per esteso e leggibile)

Luogo e Data: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(dovrà essere sottoscritto dal responsabile dal beneficiario o dal richiedente qualora il beneficiario non possa esprimere tale consenso)

Il sottoscritto _____ nato a _____(__)

Il _____ C.F / / / / / / / / / / / / / / / / Residente a _____(__)

Via _____ n._____ Tel. _____

Cell. _____ e- mail _____

ACCONSENTE

Al trattamento dei dati personali ai sensi GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 e della normativa nazionale: Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101

Firma del dichiarante

_____
(per esteso e leggibile)

Luogo e Data: _____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0023055 DEL 28-11-2024 in partenza