



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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.º _____ 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



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

Via / P.zza _____ n.º _____ 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.



Comune
di Collazzone



Comune
di Deruta



Comune
di Fratta Todina



Comune
di Marsciano



Comune
di Massa Martana



Comune
di Monte Castello
di Vibio



Comune
di San Venanzo



Comune
di Todi



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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 dichiarazione 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 _____

ALLEGÀ 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.