



Allegato A2)

“Domanda di partecipazione rivolta ai nuclei familiari che assistono persone con Disturbo dello Spettro Autistico - Decreto Ministeriale del 29 luglio 2022”. CUP J61H24000190003.

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

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
_____ nel Comune di _____ Prov. _____ Stato _____
residente in _____ Comune afferente alla Zona Sociale n.4 in Via / P.zza _____
_____ n.° _____ CAP _____
cell. _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

Nel caso di più partecipanti dello stesso nucleo familiare

in qualità di familiare di:

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale
n.4 Via / P.zza _____ n.° _____
CAP _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo email _____;

DICHIARA

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

che nel proprio nucleo familiare è presente n. _____ persona/e con Disturbo dello Spettro Autistico, riconosciuto con 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.

CHIEDE

di partecipare in n. (sono ammessi anche più partecipanti per ciascun nucleo familiare) al progetto che si rivolge ai nuclei familiari di persone con disturbo dello spettro autistico con l'obiettivo di creare azioni volte all'approfondimento e alla conoscenza del disturbo, al fine di potenziare e valorizzare le competenze dei genitori e dell'ambiente familiare attraverso momenti di confronto e di formazione per favorire la creazione di una rete di mutuo aiuto

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 delle 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 _____

Allegati:

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente sottoscrittore;



- 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;