



**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM5.2**

Allegato A
Al Comune di _____

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE
ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICATI
ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E DELLE LORO
FAMIGLIE**

Il/La sottoscritto/a _____

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: ☐
sì ☐ 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 _____ e _____ nome _____ del _____)



Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali Distretto RM5.2

beneficiario) _____

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 ad **uno** dei seguenti interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie previsti dal presente Avviso Pubblico:

☐ b) Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori dai 13 anni ai 18 anni ovvero in età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher.

☐ d) Progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno dedicati agli adulti ad alto funzionamento. (età > di 18 anni).

☐ e) Progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire l'inclusione attraverso attività (specificare la tipologia di attività in cui si desidera essere inseriti):

☐ culturali e ricreative rivolte dai 13 ai 23 anni di età;

☐ sportive rivolte dai 13 ai 23 anni di età;

☐ iniziative nelle scuole rivolte dai 6 ai 15 anni di età;

☐ f) Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa per beneficiari dai 16 anni di età.

☐ g) Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico:

a. Parent training di gruppo e/o individuale per prima diagnosi e/ orientamento ai servizi

b. Parent training di gruppo e/o individuale per nuclei familiari con persone autistiche <

Sede legale: Via Giuliano Montelucci, 4 – 00012 Guidonia Montecelio Tel. 0774.301.421/422/417
mail: pianodizona@comune.guidoniamontecelio.rm.it PEC: protocollo@pec.guidonia.org



**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM5.2**

18 anni

- c. Parent training di gruppo e/o individuale per nuclei familiari con persone autistiche > 18 anni

□ h) Progetti sperimentali di residenzialità e per l'abitare supportato finalizzati alla promozione del benessere e della qualità della vita delle persone con disturbo dello spettro autistico. Soggiorni estivi per l'abitare autonomo per beneficiari dai 18 anni di età.

Dichiara 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.

Si allega la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità del beneficiario e di chi presente l'istanza, ove non coincidente;
- Per i cittadini extra UE: copia del permesso di soggiorno del richiedente e del beneficiario, ove non coincidente, in corso di validità;
- Copia della certificazione legge 104/1992 dal quale risulti la diagnosi dello spettro autistico del beneficiario o in alternativa certificazione specialistica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico (Codice ICD-10 F84.0);
- Nel caso di persona rappresentata da terzi (genitore, tutore, caregiver, amministratore di sostegno), copia del provvedimento di delega/protezione o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentarlo nella presentazione della domanda.

Data _____

Firma del richiedente o di chi ne fa le veci



**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM5.2**

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 il Consorzio PAGUS 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 del richiedente o di chi ne fa le veci
