**Allegato A**

# AL COMUNE DI

**MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO “PESCARA SOCIAL AUT…” - CUP C99I23001900001.**

Il/la sottoscritto/a Nato/a a il residente in via n. città provincia Cap codice fiscale

Telefono e mail In qualità di:  Diretto interessato Familiare:  Tutore

 Amministratore di sostegno  Altro (specificare)

di (cognome e nome) Nato/a a il residente in via n. città provincia Cap codice fiscale

# CHIEDE

di partecipare al progetto “Pescara Social AUT…” dichiarando la propria preferenza:

* **Azione b) : Compagno Adulto ( fino ai 21 anni d’atà)**
* **Azione f) : “Laboratori occupazionali e *Coaching*” ( età compresa tra i 18 e 45 anni)**

Solo per i candidati, nella fascia d’età 18-21 anni, che hanno manifestato il proprio interesse per entrambe le predette azioni di intervento, dichiarare l’ordine di preferenza:

1)

2)

Dichiara la disponibilità a partecipare all’azione b/f denominata Parent Training :

* **si (indicare i nominativi max 2) ,**
* **no**

# A TAL FINE DICHIARA :

|  |
| --- |
| **Composizione del nucleo familiare** |
| **Cognome e nome** | **Luogo di Nascita** | **Data di Nascita** | **Parentela** | **Invalidità (Invalidità Civile, Indennità di accompagnamento, L.****104/92 , indicare la percentuale)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Situazione anagrafica e familiare** |
| **RESIDENZA (Ente** | **ADS n. 15 “Pescara”** |  |
| **Ambito Sociale)** |  |
|  | **ADS n. 16 “Metropolitano”** (Spoltore, Città Sant’Angelo, Catignano, |  |
|  | Civitaquana, Brittoli, Rosciano, Cappelle Sul Tavo, Cepagatti**,** Elice**,** |
|  | Moscufo, Nocciano, Pianella). |
|  | **ADS n. 17 “Montagna Pescarese”** Abbateggio, Alanno, Bolognano, |  |
|  | Bussi sul Tirino, Caramanico Terme, Castiglione a Casauria, Corvara, |
|  | Cugnoli, Lettomanoppello, Manoppello, Pescosansonesco, Pietranico, |
|  | Popoli, Roccamorice, Salle, Sant’Eufemia a Maiella, Scafa, |
|  | Serramonacesca, San Valentino in Abruzzo Citeriore, Tocco da Casauria, |
|  | Torre de Passeri, Turrivalignani**)**: |
|  | **ADS n. 18 “Montesilvano”** |  |
|  | **ADS n. 19 “Vestino”** (Carpineto Della Nora, Civitella Casanova, |  |
|  | Collecorvino, Farindola, Loreto Aprutino, Montebello Di Bertona, Penne, |
|  | Picciano, Vicoli, Villa Celiera) |

|  |
| --- |
| **Attualmente usufruisce di servizi** |
| **Tipologia di servizio** | **Erogatore** | **Ore a settimana** |  |
| Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  |
| Trattamenti riabitativi in regime convenzionato:* ambulatoriali
* domiciliari
* semiresidenziali
 |  |  |  |
| Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  |
| Inserimento Lavorativo / Formativo |  |  |  |
| Altro: |  |  |  |
| Nessun servizio |  |  |  |
| **SITUAZIONE REDDITUALE****Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024** |
| **Da 0 a € 3.000,00** |  |
| **Da € 3.001,00 a € 6.000,00** |  |
| **Da € 6.000.01 a € 9.360,00** |  |
| **Da € 9.361,00 a € 15.000,00** |  |
| **Superiore a € 15.001,00** |  |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell’art. 13 DEL Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l’istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione e che gli stessi saranno utilizzate e comunicate anche all’ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell’interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell’interessato sono disciplinati dall’art. 15 all’art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L’interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia di trattamento dei dati personali, all’autorità di controllo Garante Privacy.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D. Lgs.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all’ADS 15 le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

**Si allega al presente Modulo di Domanda (allegato A) :**

* documento di identità in corso di validità della persona con disabilità;
* copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 del richiedente e/o del certificato di invalidità civile (no certificazioni con OMISSIS) e/o della diagnosi dell’UOC di Neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
* nei casi di persone con disturbo dello spettro autistico rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d’identità;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* certificazione ISEE ordinario in corso di validità;
* copia della eventuale certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 e/o del certificato di invalidità civile di altri componenti il nucleo familiare (ai fini dell’attribuzione del punteggio non si terrà conto dei requisiti non comprovati dalla produzione della relativa documentazione);

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 9 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data,

**FIRMA**