**ALLEGATO A)**

**Per progetti individuali**

***All’Ufficio di Piano dell’ATS di CAMPOBASSO***

***c/o Comune di CAMPOBASSO***

***Via Cavour 5***

***86100 Campobasso***

**AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO, in attuazione della DGR n. 371/2023**

**MODELLO DI DOMANDA**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

□ diretto interessato

ovvero:

□ genitore

□ tutore

□ Caregiver

□ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della Sig./ra Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare al **Bando per la realizzazione degli interventi in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico, di cui** **della DGR n. 371/2023,** a tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

1. di **essere residenti in uno dei Comuni dell’ATS di Campobasso**: *Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara – Salcito-San Biase - Sant’ Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento – Vinchiaturo;*
2. **essere in possesso di una certificazione specialistica** rilasciata da struttura pubblica o da un medico specialista convenzionato con la stessa, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico;

**A TAL FINE CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA SEGUENTE LINEA DI INTERVENTO**

*(barrare una o più caselle conformemente al progetto presentato)*

**lett. a**) **interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto superiore di sanità**, anche tramite voucher sociosanitari da utilizzare per acquistare prestazioni (indicare sinteticamente le azioni previste e l’importo del contributo richiesto);

**lett. b) percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai ventuno anni,** anche tramite voucher e devono essere finalizzati alla partecipazione attiva in attività sociali. Sono esclusi interventi di tipo riabilitativo (indicare sinteticamente le azioni previste e l’importo del contributo richiesto):

**lett. f) progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa (indicare sinteticamente le azioni previste e l’importo del contributo richiesto).**

**DICHIARA ALTRESÌ**

**le modalità di erogazione del contributo spettante nel caso di accoglimento della domanda:**

 accredito in c/c intestato al solo beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 accredito in c/c cointestato (indicare il cointestatario, oltre al beneficiario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di impegnarsi, nel caso di concessione del beneficio, a comunicare, in qualsiasi momento, all'Ufficio di Segretariato Sociale/Servizio Sociale Professionale del proprio comune di residenza l'eventuale variazione

**DICHIARA ALTRESI’**

1. di essere a conoscenza che l’ATS di Campobasso, per il tramite dell’Ufficio di Piano, ai sensi dell’art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
2. di essere a conoscenza che l’ATS di Campobasso, per il tramite dell’Ufficio di Piano e/o dell’assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

**SI ALLEGANO**

**(a pena di esclusione)**

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 di una struttura pubblica o di un medico specialista convenzionato con la stessa, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
4. **□** Progetto individualizzato per la realizzazione degli interventi/azioni/servizi che si intendono attivare a valere sulle risorse finalizzate a persone con disturbo dello spettro autistico lett: a), b) e) f) previste all’art. 4 co. 2 del DM. 22 luglio 2022.

**Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679**

(Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 si informa che il trattamento dei dati personali forniti per il servizio in oggetto è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali per l'attuazione delle misure previste dal bando con l’utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire la predetta finalità.

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all’Avviso pubblico per la presentazione di **domande per la realizzazione degli interventi in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico, di cui della DGR n. 371/2023.**

I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed autorizzati di altri soggetti pubblici e privati che debbano partecipare al procedimento amministrativo. I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei soggetti autorizzati al trattamento impiegati presso i singoli servizi comunali interessati dalla richiesta.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta, quindi, l’impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

Il Titolare del trattamento esclude di trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti. In caso si renda necessario un ulteriore trattamento saranno fornite all’interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

I dati personali non saranno trasferiti presso paesi terzi o a organizzazioni internazionali. Il periodo di conservazione dei dati personali è determinato secondo il criterio giuridico collegato alla validità del procedimento amministrativo di cui l'interessato è beneficiario, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

L’interessato, fatti salvi i dati conferiti obbligatoriamente e detenuti per disposizione di legge al fine di garantire il pubblico servizio, ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati ove applicabile.

Il Titolare del trattamento è l’Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, via Cavour 5 86100 Campobasso a cui ci si potrà rivolgere per chiarimenti sul trattamento dei dati e per far valere i propri diritti sopra indicati, scrivendo all’indirizzo: atsufficiodipiano@comune.campobasso.it.

Il Responsabile della Protezione dei Dati, mail: vincenzo.demarco@comune.campobasso.it

L’interessato potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Data e luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_