



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'età)**
- 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 Ambito Sociale)	ADS n. 15 "Pescara"			<input type="checkbox"/>
	ADS n. 16 "Metropolitano" (Spoltore, Città Sant'Angelo, Catignano, Civitaquana, Brittoli, Rosciano, Cappelle Sul Tavo, Cepagatti, Elice, Moscufo, Nocciano, Pianella).			<input type="checkbox"/>
	ADS n. 17 "Montagna Pescarese" (Abbatteggio, 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):			<input type="checkbox"/>
	ADS n. 18 "Montesilvano"			<input type="checkbox"/>
	ADS n. 19 "Vestino" (Carpineto Della Nora, Civitella Casanova, Collecervino, Farindola, Loreto Aprutino, Montebello Di Bertona, Penne, Picciano, Vicoli, Villa Celiera)			<input type="checkbox"/>

Protocollo n. 0000367 del 04-03-2024



Attualmente usufruisce di servizi			
Tipologia di servizio	Erogatore	Ore a settimana	
Servizio assistenza Domiciliare - SAD			<input type="checkbox"/>
Trattamenti riabilitativi in regime convenzionato: <ul style="list-style-type: none"> • ambulatoriali • domiciliari • semiresidenziali 			<input type="checkbox"/>
Centro Diurno / Laboratorio			<input type="checkbox"/>
Inserimento Lavorativo / Formativo			<input type="checkbox"/>
Altro:			<input type="checkbox"/>
Nessun servizio			<input type="checkbox"/>
SITUAZIONE REDDITUALE			
Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024			
Da 0 a € 3.000,00			<input type="checkbox"/>
Da € 3.001,00 a € 6.000,00			<input type="checkbox"/>
Da € 6.000.01 a € 9.360,00			<input type="checkbox"/>
Da € 9.361,00 a € 15.000,00			<input type="checkbox"/>
Superiore a € 15.001,00			<input type="checkbox"/>

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
