



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
 CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
 Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
 Ministro per le disabilità*



AL P.U.A.
 p.c. All'Ufficio di Piano del Distretto sociosanitario RM 6.2

RICHIESTA PARTECIPAZIONE PROGETTI DESTINATI ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 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
- Caregiver
- Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____
- Convivente: si no
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____
 n. _____)
- Altro (specificare: _____)



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
 CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
 Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
 Ministro per le disabilità*



In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

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 _____

ESPRIME

la propria volontà per partecipare alle attività progettuali di cui all'art.1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno condivise e scelte in sede di UVM

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.

ALLEGA

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Attestazione ISEE in corso di validità



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
 CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
 Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
 Ministro per le disabilità*



CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente



CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
 CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2
 Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi
*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri
 Ministro per le disabilità*



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 Servizio Sociale del Comune di _____ 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 _____

Luogo e data, _____

FIRMA
