

		A1 Comu	Alleg ıne di		
DICHIECTA DI			<u> </u>		
RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICAT ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E DELLE LOR FAMIGLIE					
Il/La sottoscritto/a					
Nato/a a prov (Comune di			Residente	nel	
nC.A.P	tel.	_		_cell.	
Email pro			erso dalla resid	lenza)	
nC.A.PCodice Fiscale					
In qualità di:					
□ Richiedente beneficiario					
Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _si□ no			Convivente:		
□ Tutore (Decreto Tribunale di	n)			
□ Amministratore di sostegno (Decreto Tribur	nale di		n)	
□ Altro (specificare:		_)			
In favore di (da compilare se il richiedente i	non coincide (on il beneficia	nrio):		
(cognome e		nome	•	del	



beneficiario)					_	
Nato/a a Comune di					_Residente	nel
nC.A.P		tel.				cell.
Email Comune di				e diver	so dalla resi	denza)
nC.A.PCo Fiscale						
	СНІ	EDE				
Di partecipare ad <u>uno</u> dei seguenti autistico e delle loro famiglie previ		_		disturb	oo dello spett	ro
⊐ b) <u>Percorsi di assistenza alla soc</u> in età di transizione fino ai 21 ann			inori dai	13 ann	i ai 18 anni o	<u>vvero</u>
⊐ d) <u>Progetti finalizzati a percorsi a</u> agli adulti ad alto funzionamento.			vità in am	biente (esterno dedic	<u>cati</u>
□ e) <i>Progetti che si rivolgono al te</i> (specificare la tipologia di attività i culturali e ricreative rivolte dai □ sportive rivolte dai 13 ai 23 anni iniziative nelle scuole rivolte dai	in cui si desid 13 ai 23 anni i di età;	era essere in di età;		e attrave	erso attività	

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

16 anni di età.

□ f) <u>Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa per beneficiari dai</u>

- 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 <



18 anni

- c. <u>Parent training di gruppo e/o individuale per nuclei familiari con persone autistiche > 18 anni</u>
- □ h) <u>Progetti sperimentali di residenzialità e per l'abitare supportato finalizzati alla</u> 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 i 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



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