**Allegato “A”**

 **All’Ambito Territoriale Sociale XIX**

 **Piazzale Azzolino 18**

**63900 Fermo**

**.**

|  |
| --- |
|  **DOMANDA DI CONTRIBUTO** **PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI** **PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**(Intervento Lett a) DGR 1818/2022 modificata dalla DGR n. 725/2023) |

Il/la sottoscritto/a …………..……………………………………..………….............................................................………...........................

nato/a a ……………………………………………….….…………..……………..il ………………..……………………………….

residente a ……………………………………………………………….….……...… in via ………….…………………..………………….……………..n. .…...

C.F. ………...………………………………………………………………………………-.……………………………………………………………………..…………….

Tel. ……………………………………………………………Cell. ………………………email:…………………………………………..

in qualità di genitore/tutore di ………………………………..……………………………………………………………………………….……………… nato/a a .………….……………………………….………………………………………………………………. il …………………………………………….. residente a ………………………………………..… in via ……………………………………………………………………………….…….….. n. ………………. C.F. ……………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………...

Titolo di studio ……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………..

Visto l’avviso pubblico approvato con DD RG XXX del XX/03/2025 Comune di Fermo - Ente capofila dell’ATS XIX

CHIEDE

* di poter accedere al contributo per le spese sostenute per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità, prescritti da uno dei soggetti di cui all’art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014,

DICHIARA

- di aver preso visione del bando in oggetto in ogni sua parte;

- di volere l’accredito dell’eventuale contributo sul conto corrente intestato o cointestato al sottoscritto (NO LIBRETTO POSTALE) di cui al seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | Chek  | Cin | ABI | CAB | N. CONTO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ALLEGA

Si allega:

1. Certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all’art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014;
2. Progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti di cui all’art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014, da cui si desume la prescrizione degli interventi;
3. Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità:

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma genitore/tutore)\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma genitore)

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

**\*\*In caso di impossibilità da parte dell’altro genitore ad apporre la firma alla domanda, il genitore firmatario dichiara di aver informato l’altro genitore e di aver ottenuto il suo assenso all’atto, nel rispetto dell’Art. 316 e seg. del C.C. Tale dichiarazione ha validità di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 art. 47**

**Informativa.** Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare Trattamento** | Comune di Fermo – Via Mazzini n. 4 – 63900 Fermo in qualità di ente capofila dell’ATS 19 per l’intera banca dati. |
| **Responsabile** | Coordinatore dell’ATS 19, per la banca dati di tutto l’ATS 19 |
| **Responsabile della Protezione dei dati (DPO)** | Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall’Amministrazione Comune di Fermo è l’Avv. Nadia Corà del Gruppo Maggioli S.p.A. Indirizzo di posta elettronica presso l’Ente del RPD: dpo@comune.fermo.it.Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile della Protezione dei dati (DPO)  |
| **Incaricati** | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti ed i collaboratori esterni, assegnati anche temporaneamente al Comune di Fermo, ente capofila dell’ATS XIX. |
| **Finalità** | I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di erogare il contributo e adempiere agli obblighi di monitoraggio e rendicontazione degli interventi effettuati a valere sulle risorse nazionali Dpcm 29/07/2023 DGR 1818/2022 e – DGR 725/2023 |
| **Modalità** | Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano la raccolta, la registrazione, l’elaborazione, la comunicazione, nei limiti in cui strettamente necessario alle finalità del trattamento. |
| **Ambito comunicazione** | I dati verranno utilizzati dal Comune di Fermo, ente capofila dell’ATS XIX. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all’Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l’effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati verranno comunicati all’istituto di credito per l’emissione dell’eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi. |
| **Natura conferimento dati** | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l’esclusione dal procedimento oggetto dell’Avviso; |
| **Sito** | [www.comune.fermo.it](http://www.comune.fermo.it/). e [www.ambitosociale19.it](http://www.ambitosociale19.it/) |
| **Diritti** | L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge. |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per presa visione

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