

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio -
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro

ALLEGATO A

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI Campobasso Ufficio di Piano

MODELLO DI DOMANDA PER L'ACCESSO AI PERCORSI TRIENNALI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE PER LA SOCIALITA' DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO O DEL NEUROSVILUPPO A VALERE PR MOLISE FESR – FSE+ 2021 – 2027 OB. SPECIFICO ESO 4.11 PRIORITA'6

(In esecuzione della Determinazione Dirigenziale n. 1414 del 10/04/2025)

Il /la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____
residente in _____ alla via _____
_____ n. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

per se stesso nella qualità di beneficiario diretto,

Oppure per conto del beneficiario, nella qualità di:

Familiare; Tutore; Curatore; Amministratore di sostegno

(riportare i dati del beneficiario interessato)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente in _____ alla via _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DI ACCEDERE ALLA MISURA DI CUI ALL'OGGETTO

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

- Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS di _____;
- Di avere un'età inferiore a 65 anni;
- Di essere persona con disabilità con disturbo dello spettro autistico;
oppure
- Di essere persona con disabilità con disturbi del neurosviluppo da malattia rara o su base organica e tratti autistici;
- Di non aver eletto a domicilio o essere stabilmente ospitati da familiari in Comuni non ricompresi nel territorio molisano;
- Di non essere ricoverato presso strutture sanitarie
- Di aver preso visione del predetto Avviso Pubblico e di accettarne i contenuti e le condizioni di servizio ivi indicate.

DICHIARA ALTRESI'

le modalità di erogazione del voucher nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato al caregiver _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN (no libretto postale) _____

- 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 del codice IBAN sopra dichiarato.

Alla presente domanda **SI ALLEGA**, ai sensi dell'articolo 4 dell'Avviso Pubblico, la seguente documentazione:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato (potenziale beneficiario) e dell'eventuale richiedente (familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno);
- copia del verbale della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità o handicap L. 104/1992 o certificato del medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);
- certificazione ISEE ordinario e relativa DSU, in corso di validità, rilasciata ai sensi del DPCM n. 159/2013.

Firma del richiedente

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 in oggetto, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del Regolamento UE 2016/679.

I dati saranno oggetto di trattamento, svolto anche tramite l'ausilio di strumenti informatici, in conformità alle disposizioni di cui al D. lgs 196/2003 ed al GDPR n. 679/2016, nel pieno rispetto degli obblighi di riservatezza cui l'amministrazione è tenuta.

Titolare del trattamento è il Comune di Campobasso, capofila dell'ATS di Campobasso, con sede in Piazza Vittorio Emanuele II, n. 29 – 86100 Campobasso (CB), pec comune.campobasso.protocollo@pec.it.

Il Responsabile della Protezione dei dati designato ai sensi dell'art. 37 del GDPR è: AFA Systems Srl - Ing. Francesco Amorosa (Telefono: 0875724104 - E-mail: dpo@afasystems.it - PEC: dpo@afasyatems.it).

L'interessato al trattamento ha i diritti di cui all'art. 13, comma 2 lett. b) tra i quali di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la relativa rettifica. Contro il trattamento dei dati è possibile proporre reclamo al Garante della Privacy, avente sede in Piazza di Montecitorio n. 12, cap. 00186, Roma – Italia, in conformità alle procedure stabilite dall'art. 57, paragrafo 1, lettera f) del Regolamento (UE) 2016/679.

Data e luogo, _____

II DICHIARANTE
