



Comune di
Calopezzati



Comune di
Caloveto



Comune di
Cropalati



Comune di
Crosia



Comune di
Longobucco



Comune di
Paludi



Comune di
Corigliano - Rossano



Comune di
San Cosmo



Comune di
San Demetrio



Comune di
San Giorgio



Comune di
Vaccarizzo



Distr. Sanitario
Jonio Sud/Nord



Progetto realizzato con il contributo della
Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per le disabilità

Modello di domanda Allegato A

AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DESTINATARI DEL PROGETTO "AUTInclusione: insieme si può!" relativo al finanziamento di progetti di cui alla DGR n. 161 del 13.04.2023, in attuazione del DPCM del 29.07.2022, recante "Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione di persone con disabilità". Annualità 2023

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

città _____ provincia _____ Cap _____

codice fiscale _____

Documento d'Identità _____

Telefono _____

Email _____ P.E.C. _____

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 _____

Documento d'Identità _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO

ad accedere alle attività previste per la realizzazione del progetto "AUTInclusione: insieme si può!" rivolto a persone con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie - annualità 2023 dichiarando la propria preferenza per



(barrare la/e casella/e d'interesse)

- ☐ linea di intervento C - progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di supporto e socializzazione, attività culturali di gruppo, attività musicali, attività sportive)
- ☐ linea di intervento E - percorsi personalizzati di formazione ed accompagnamento al lavoro volti all'inclusione lavorativa (orientamento al lavoro, formazione a lavoro, collocamento/tirocinio lavorativo per venti ore settimanali)
- ☐ linea di intervento F - interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono minori con disturbo dello spettro autistico

A tal fine,

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 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. 445/2000;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'individuazione dei destinatari del progetto "AUTInclusione: insieme si può!" e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA altresì

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)



Attualmente usufruisce di servizi			
Tipologia di servizio	Erogatore	Ore a settimana	
Servizio assistenza Domiciliare - SAD			☐
Trattamenti riabilitativi in regime convenzionato: • ambulatoriali • domiciliari • semiresidenziali			☐
Centro Diurno / Laboratorio			☐
Inserimento Lavorativo / Formativo			☐
Altro:			☐
Nessun servizio			☐
SITUAZIONE REDDITUALE			
Attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario 2025			
Da 0 a € 3.000,00			☐
Da € 3.001,00 a € 6.000,00			☐
Da € 6.000.01 a € 9.360,00			☐
Da € 9.361,00 a € 15.000,00			☐
Superiore a € 15.001,00			☐

Si allega alla presente:



- ☐ copia documento di identità, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata e richiedente;
- ☐ 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;
- ☐ certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- ☐ certificazione ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal SSN;
- ☐ copia attestazione ISEE in corso di validità (Ordinario o socio-sanitario);
- ☐ eventuale altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: _____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

città _____ provincia _____ Cap _____

codice fiscale _____

Documento d'Identità _____

Telefono _____

Email _____ P.E.C. _____

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 _____

Documento d'Identità _____

DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è l'ATS di Corigliano- Rossano;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma del richiedente _____