**Allegato “B”**

 **Al Coordinatore**

 **dell’Ambito Territoriale Sociale**

 **n. 24**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO****PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI****PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO** |

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 ………………………………………………………………………………………..

Condizione occupazionale:

* Studente
* occupato
* disoccupato
* inattivo (che non ha mai lavorato/non in cerca di lavoro)

**CHIEDE**

* di beneficiare del contributo di cui all’art. 11 della L.R. 25/2014, ai sensi della DGR n. 1772 del 18.11.2024;

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

1. la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.04.2023/31.10.2024 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………..

**per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da…………………………….importo di €………………………………..);

**Dichiara** inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| c/c intestato a ………………………………………………………………………………………nato il …………… a ……………………………………………..………………………………. CF ……………………………………….acceso presso …………………………………… Agenzia/filiale di………………………….Codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**ED ALLEGA**

a) 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;

b) 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;

c) Copia della documentazione di spesa sopra elencata (fattura/ricevuta e relativa quietanza di pagamento).

d) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

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

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI a cura dell’Ambito Territoriale Sociale**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del Regolamento 2016/679/UE “GDPR”**

L’Unione Montana dei Sibillini La informa sulle modalità di trattamento dei dati da lei forniti.

Titolare del trattamento dati è l’Unione Montana dei Sibillini.

Le finalità del trattamento cui sono destinati i dati, nell’ambito di questo procedimento, sono strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell’Ente e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE), è la Delibera CIPESS 24/2024, DGR 1481/2024, DGR 1521/2024, DGR 1772/2024 – Fondo di Rotazione, scheda n. 39 e la L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 – art. 11.

I dati potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dall’Unione Montana dei Sibillini/ Ambito Territoriale Sociale 24 e trasmessi alla Regione Marche. Il periodo di conservazione, ai sensi dell’articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Potrà accedere ai dati personali che La riguardano chiedendone la rettifica, l’aggiornamento e l’integrazione, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

L’interessato ha l’obbligo di fornire i dati personali necessari per l’espletamento dell’istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

- Di aver preso visione della presente informativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Santa Vittoria in Matenano, lì

 FIRMA

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

- Allega fotocopia di documento d’identità in corso di validità.