



Modello di Domanda all.A

AVVISO PUBBLICO

PER L'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI DA INSERIRE NEGLI INTERVENTI DEDICATI ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO, DI CUI AL FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ DGR 161/2023

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di soggetto destinatario del beneficio, nato/a _____

il _____ Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____

alla Via _____ n. _____

tel _____ e-mail _____

Pec (se disponibile) _____

Oppure se impossibilitato:

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____ residente a _____

alla Via _____ n. _____

in qualità di rappresentante/curatore degli interessi del soggetto destinatario del beneficio di cui si riportano, di seguito, i dati:

Cognome e nome _____

nato/a a _____

il _____, Codice fiscale _____



residente in _____

alla via _____ n.

tel. _____ e-mail _____

Pec (se disponibile) _____

Visto avviso pubblico per l'individuazione di beneficiari da inserire negli interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico, di cui al fondo per l'inclusione delle persone con disabilità **dgr 161/2023** emanato dall'Ambito Territoriale di Villa Sa Giovanni, consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'individuazione di beneficiari da inserire negli interventi previsti dall'Avviso.

A tal fine, a i sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali e delle decadenze previsti per il caso di dichiarazioni mendaci o produzione di documenti falsi, dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità previsti dall'avviso;
- di essere residente in uno dei Comuni afferenti all'Ambito di Villa San Giovanni,
- di avere la cittadinanza italiana, oppure in uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure cittadinanza in uno Stato non appartenente all'Unione Europea per i cittadini muniti di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 ess.mm.ii.;
- di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria);*
- di essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/1992 con disturbo dello spettro autistico o dsa;

Dichiara, altresì, di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(selezionare le voci che interessano – possono essere barrate più voci)

AMBITO TERRITORIALE 14- VIA NAZIONALE 541 Villa San Giovanni- TEL.0965 795195- PEC:

protocollo@pec.comune.villasangiiovanni.rc.it



- o Persone con DSA nell'età evolutiva compresa quella di transizione fino ai 21 anni. *Linea A*
- o Persone con DSA dai 14 ai 18 anni frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. *Linea B-D;*
- o Adulti con autismo di livello 1 dai 18 anni ai 64 anni di età I beneficiari sono persone con disturbo dello spettro autistico *Linea C.*
- o Persone con Disturbo Autistico dai 15 anni ai 64 anni di età. *Linea E*
- o di accettare tutte le condizioni e le clausole contenute nell'avviso in oggetto.

SI IMPEGNA A

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto personalizzato predisposto a seguito di valutazione multidimensionale;

AUTORIZZA

Gli Uffici dei Servizi Sociali Comunali:

- ✚ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di cui al presente avviso ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "materia dei dati personali" e successive integrazioni;

Allega i seguenti documenti:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento d'identità anche di quest'ultimo;
2. Copia verbale INPS relativo allo stato di handicap ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3;
3. Copia decreto di nomina Tutore o Amministratore di Sostegno qualora in possesso;
4. Attestazione della condizione economica della persona con disabilità (ISEE socio-sanitario)

Luogo e data _____

Firma del Richiedente

