**Allegato “B”**

 **Al Coordinatore**

 **dell’Ambito Territoriale Sociale**

 **n. 8**

|  |
| --- |
| **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 ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679**

Ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 si forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali:

**Nota:** Gli articoli citati si riferiscono al Regolamento Europeo n. 2016/679

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare del trattamento** *(cp)* | Unione dei Comuni le Terre della Marca Senone - indirizzo Piazza Roma, 8 – 60019 Senigallia (AN), indirizzo di posta elettronica info@leterredellamarcasenone.it, numero di telefono 071 795951 |
| **Responsabile della protezione dati (RPD)** | Indirizzo di posta elettronica presso l’Ente del RPD, indirizzo postale (dpo@morolabs.it) |
| **Finalità** *(cp)* | CONTRIBUTO ALLE FAMIGLIE CON PERSONE CON SPETTRO AUTISTICO – ANNO 2024 – DGR 1772/2025 |
| **Base giuridica**  | Trattamento necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri art. 6 p. 1 lett. e)  |
| **Legittimi interessi perseguiti (in caso di trattamento in base all’art. 6 p. 1 lett. f)** | Erogazione di contributo economico |
| **Destinatari dei dati personali** *(cp)* | I dati personali conferiti sono comunicati al personale interno autorizzato al trattamento, alle ditte appaltatrici, a soggetti pubblici o privati autorizzati al trattamento nei casi previsti dalle vigenti normative |
| **Trasferimento dei dati personali a un Paese terzo o a un’organizzazione internazionale** | I suoi dati personali non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea. |
| **Periodo/criteri di conservazione**  | I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini e nelle modalità previste dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione. |
| **Diritti dell’Interessato***(cp)* | L’Interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso (art. 15), rettifica, aggiornamento e integrazione (art. 16) di cancellazione (art.17) di limitazione (art.18) opposizione in caso di processo automatizzato (art.21) dei dati personali inviando una raccomandata a.r. al Titolare del trattamento o una e-mail all’indirizzo dpo@morolabs.it |
| **Obbligatorietà della fornitura dei dati personali** *(cp)* **e le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati** *(cp)* |  La fornitura dei dati personali è obbligatoria per l’istruttoria della pratica, la conseguenza del mancato conferimento dei dati stessi comporta l’impossibilità di effettuare l’istruttoria e l’esito negativo del procedimento oggetto della presente informativa. |

□ Acconsento □ Non acconsento

Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma degli esercenti la responsabilità

 genitoriale o del Tutore del minore

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