

Allegato "B"

**Al Coordinatore
dell'Ambito Territoriale Sociale n. 15**

**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.

(in riferimento alla persona con diagnosi di autismo, è d'obbligo fornire le sottoindicate informazioni)

Titolo di studio

Condizione occupazionale (barrare la voce che interessa):

- 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. 252/2026;

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 01.11.2024/31.10.2025 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 _____
- 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 _____
- 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 _____
- 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 € _____

- 2) non ha percepito / ha percepito altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da.....importo di €.....);
- 3) è in possesso 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;
- 4) è titolare del 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;
- 5) di aver compreso l'informativa e di dare consenso al trattamento dei dati personali.

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.
- e) Informativa trattamento dati personali.

Luogo e Data _____

Firma

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi del Regolamento UE n° 679/2016**

Il Comune di Macerata, ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 15 (con sede in Macerata, Piazza della Libertà, 3; IT-62100, Macerata (E-mail: municipio@comune.macerata.it; PEC: comune.macerata@legalmail.it; centralino +39 0733.2561), in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dalla legge, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, e nell'ambito del progetto sociale in epigrafe indicato.

Il conferimento dei dati, inclusi gli eventuali dati sensibili inerenti allo stato di salute, è obbligatorio, e l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata istruzione della pratica e la mancata concessione dei benefici previsti.

I dati suddetti, saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del titolare, o dai soggetti (imprese e altri operatori) espressamente designati come responsabili del trattamento, ovvero da altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamenti.

Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

In qualità di interessato, Lei ha diritto alla protezione dei dati che la riguardano, ha diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiedere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del Regolamento UE n°679/2016).

L'apposita istanza al titolare è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il titolare Comune di Macerata (Responsabile della Protezione dei dati personali, Piazza della Libertà, 3, IT -62100, Macerata, email: rpd@comune.macerata.it).

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. In qualità di interessato, ricorrendone i presupposti, Lei ha, altresì, diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste.

Ulteriori informazioni relative ai diritti esercitabili e agli aspetti in precedenza descritti possono essere consultate al link del sito dell'ente titolare del trattamento, Comune di Macerata, in qualità di capofila di Ambito territoriale Sociale n.15: <http://www.comune.macerata.it/privacy>.

COMPRESIONE DELLE INFORMAZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, in qualità di interessato, dichiara di avere ben compreso le informazioni sul trattamento dei propri dati personali, e di aver compreso che al link: <http://www.comune.macerata.it/privacy> possono essere consultate ulteriori informazioni relative ai diritti esercitabili e agli aspetti in precedenza descritti. Sulla base delle informazioni ricevute, il sottoscritto interessato acconsente a che il titolare tratti i propri dati personali per le finalità istituzionali del progetto sociale e, in particolare, acconsente a che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute ai soggetti pubblici e privati a cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità per cui è stata richiesta la prestazione socio assistenziale e sanitaria che lo riguarda.

Data _____

Firma _____