



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

ALLEGATO C

**Al Distretto Socio Sanitario RM 6.3
(Comune di Marino e Comune di Ciampino)**

protocollo@pec.comune.marino.rm.it

Oggetto: DOMANDA PARTECIPAZIONE PROGETTI DESTINATI ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023).

QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO			
COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
C.F.			
RESIDENTE NEL COMUNE DI		PROV. (RM)	CAP.
INDIRIZZO			N.
TELEFONO	EMAIL		

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO			
COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
C.F.			
RESIDENTE NEL COMUNE DI		PROV. (RM)	CAP.
INDIRIZZO			N.
TELEFONO	EMAIL		
IN QUALITA' DI:	FAMILIARE CONVIVENTE	FAMILIARE NON CONVIVENTE	
	TUTORE DECRETO TRIBUNALE DI	N.	DEL
	AMM. SOST. DECRETO TRIB. DI	N.	DEL
	ALTRO (SPECIFICARE		

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico distrettuale per la realizzazione di interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie, aderendo ad una delle tipologie di intervento di seguito indicate (indicate all'art. 2 dell'Avviso Pubblico)



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

- ☐ Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni (**Lettera B dell'Avviso**);
- ☐ Progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno dedicati agli adulti ad alto funzionamento – (**Lettera C dell'Avviso**);
- ☐ Progetti che si rivolgono al Terzo Settore per favorire attraverso attività sociali l'inclusione – (**Lettera D dell'Avviso**);
- ☐ Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa – (**Lettera E dell'Avviso**);
- ☐ Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico – (**Lettera F dell'Avviso**).

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, ai fini della presente richiesta e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE A CORREDO DELL'ISTANZA

- [] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario
- [] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- [] Attestazione ISEE socio-sanitario (o DSU) per prestazioni non residenziali in corso di validità (si specifica che in mancanza di un'Attestazione allegata si procederà alla ricerca d'ufficio sul sito INPS, inoltre in caso di Attestazioni con omissioni o difformità verrà presa in considerazione la fascia ISEE con punteggio più alto).
- [] Copia della certificazione legge 104/1992 da cui risulti la diagnosi dello spettro autistico del beneficiario o in alternativa certificazione specialistica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico

Luogo e Data

Firma del richiedente

Il sottoscritto, in qualità di RICHIEDENTE, autorizza il trattamento dei dati personali personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente procedura

Firma richiedente
