***Allegato 1\_Modulo A)***

 ***Agnone Capracotta Castel del Giudice Pescopennataro Poggio Sannita S. Angelo del Pesco***

****

 ***Belmonte del Sannio Carovilli Castelverrino Pietrabbondante S. Pietro Avellana Vastogirardi***

 ***Ambito Territoriale Sociale di Agnone***

***- Ufficio di Piano -***



*Piazza Dante Alighieri 51 - 86081 AGNONE (IS) 0865/77369*

 indirizzo

*www.ambitoagnone.it*

 web

  *e-mail:* *info@ambitoagnone.it*

 *PEC:* *ambitoagnone@pec.it*

All’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS)

Alla c.a. del Coordinatore e Responsabile

Dr. Antonio Melone

**MODULO A) – PROGETTO INDIVIDUALE.**

**ISTANZA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLE SPETTRO AUTISTICO DGR n. 371/2023.**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_

codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

□ diretto interessato

ovvero:

□ genitore

□ tutore

□ caregiver

□ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della Sig./ra Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare al **Bando per la realizzazione degli interventi in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico, di cui** **della DGR n. 371/2023,** a tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

* di essere residente in uno dei Comuni afferenti l’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) ossia Agnone (Ente Capofila), Belmonte del Sannio, Capracotta, Carovilli, Castel del Giudice, Castelverrino, Pescopennataro, Pietrabbondante, Poggio Sannita, San Pietro Avellana, Sant’Angelo del Pesco, Vastogirardi.
* di essere in possesso di una certificazione specialistica rilasciata da struttura pubblica ovvero da struttura privata e/o medico specialista convenzionati con la stessa, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico;

**A TAL FINE, CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLA SEGUENTE LINEA DI INTERVENTO** *(barrare una o più caselle conformemente al progetto presentato)***:**

* Interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell’Istituto Superiore di Sanità, anche tramite voucher sociosanitari da utilizzare per acquistare prestazioni;
* Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all’età di transizione fino ai ventuno anni, anche tramite voucher;
* Progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali volte all’inclusione (sport, tempo ricreativo, mostre);
* Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa.

**DICHIARA ALTRESÌ**

che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo potrà essere versato nella modalità di seguito indicata (barrare una sola casella):

* accredito c/c intestato al solo beneficiario
* accredito c/c contestato

BANCA/POSTE ITALIANE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTESATARIO/A (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTESATARIO/A (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*compilare solo in caso il conto sia co-intestato)*

Il/la richiedente **SI IMPEGNA** nel caso di concessione del beneficio, a comunicare tempestivamente, all’Ufficio di Piano dell’ATS Agnone (IS), eventuali variazioni.

**DICHIARA INFINE**

* di essere a conoscenza che l’ATS di Agnone (IS), per il tramite dell’Ufficio di Piano, ai sensi dell’art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
* di essere a conoscenza che l’ATS di Agnone (IS), per il tramite dell’Ufficio di Piano, ai sensi dell’art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;

**SI ALLEGANO ALLA PRESENTE**

* copia del documento d’identità in corso di validità del beneficiario e anche di chi presenta la domanda ove non coincidente;
* nel caso di persona disabile rappresentata da terzi copia del provvedimento di delega/protezione o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona con disabilità;
* certificazione specialistica di una struttura pubblica o di un medico specialista convenzionato con la stessa, attestante la diagnosi del disturbo dello spettro autistico;
* Progetto individualizzato per la realizzazione degli interventi/azioni/servizi che si intendono attivare a valere sulle risorse finalizzate a persone con disturbo dello spettro autistico lett: a), b) e) f) previste all’art. 4 co. 2 del DM. 22 luglio 2022, e relativo Piano Economico.

Luogo e data Firma

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

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito “GDPR 2016/679”) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l’Ambito Territoriale Sociale (denominato di seguito ATS) è tenuto.

**Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è costituito da ciascuno dei Comuni aderenti all’ATS di Agnone (in ragione della residenza dell’interessato istante), che possono delegare al Comune capofila (Comune di Agnone) la gestione dei servizi previsti dal Piano di zona in ambito sociosanitario e assistenziale.

**Responsabile del trattamento**

Il Responsabile del trattamento (la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento ex art 4 p.8 GDPR 2016/679) è l’Ambito Territoriale Sociale di Agnone, nella persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l’Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati del comune capofila (Comune di Agnone) dell’ATS di Agnone è il dottor Guido Savelli con studio in Isernia email: privacytalia@gmail.com

**Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio circa gli interventi in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico di cui al D.M. del 29/07/2022, alla DGR 1/2023 e alla DGR n. 371/2023.

**Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in modalità telematica e/o cartacea, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679, con la predisposizione di misure organizzative e tecniche poste in essere dall’ATS a garanzia della riservatezza e della sicurezza dei dati degli interessati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell’art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

**Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, ad eccezione delle comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti in forza di adempimento degli obblighi di legge.

**Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.

**Categorie di dati personali (dati comuni e dati particolari ex art.9 GDPR 2016/679)**

Oltre ai dati comuni presenti nelle domande (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza e dati di contatto), Lei potrebbe conferire all’ATS dati qualificabili come “categorie particolari di dati personali” (ex art. 9 del Regolamento UE n. 2016/679) e cioè quei dati che rivelano “l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona”. Tali ultime categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

**Diritti dell’interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di operazioni di trattamento dei Suoi dati personali;
2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
4. revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
5. proporre reclamo all’autorità di controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali)

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare del trattamento o all’Ufficio di Piano dell’ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all’indirizzo pec **ambitoagnone@pec.it.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiaro di aver ricevuto e ben compreso l’informativa che precede.

 , lì **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla luce dell’informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere “in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 ◻ esprimo il consenso ◻ NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come” categorie particolari di dati”, relativo alla finalità di concessione del beneficio circa gli interventi in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico di cui al D.M. del 29/07/2022, alla DGR 1/2023 e alla DGR n. 371/2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Si precisa che l’espressione del consenso è condizione di procedibilità della domanda**