



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5



Comune di Tivoli Capofila

Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (*da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario*):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso *l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023)*;
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5



Comune di Tivoli Capofila

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenne o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma
