**Allegato “B”**

**Al Coordinatore**

**dell’Ambito Territoriale Sociale**

**n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO**  **PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI**  **PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**  **Delibera CIPESS 24/2024 - DGR n. 1481/2024 - DGR 1521/2024 - DGR n. 1772/2024 – DDS n. 16/CDI/2025 - Accordo per la Coesione tra Presidenza del Consiglio dei Ministri e Regione Marche, Fondo di Rotazione - Scheda n. 39.**  **Codice Progetto** **1109728 – CUP B59G24000290001** |

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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare Trattamento** | Comune di Porto Sant’Elpidio, in qualità di Comune capofila dell’ATS XX c/o Villa Murri - Porto Sant’Elpidio. |
| **Contitolari del trattamento** | Comune di Monte Urano e Comune di Sant’Elpidio a Mare |
| **Responsabile** | Cooperativa PARS Pio Carosi per le sole attività di raccolta dati presso gli sportelli abilitati |
| **Responsabile della Protezione dei dati (DPO)** | Responsabile della protezione dei dati Iustec srl  nella persona di Leopoldo Zanini Via Val Tiberina 23/A San Benedetto del Tronto (AP) Italy P.IVA 02349470449 EMAIL: [rdp@elpinet.it](mailto:rdp@elpinet.it)  Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) |
| **Incaricati** | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti, assegnati anche temporaneamente al Comune di Porto Sant’Elpidio, ente capofila dell’ATS XX, e ai Comuni dell’ATS XX e dei responsabili suindicati |
| **Finalità** | Le finalità del trattamento cui sono destinati i dati, nell’ambito di questo procedimento, sono strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell’Ente e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE) è la L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.  I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di erogare il contributo e adempiere agli obblighi di rendicontazione degli interventi effettuati a valere sulle risorse del presente procedimento.  I dati possono essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. |
| **Modalità** | Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano la raccolta, la registrazione, l’elaborazione, la comunicazione, nei limiti in cui strettamente necessario alle finalità del trattamento, sia con mezzi telematici che analogici. |
| **Ambito comunicazione** | I dati verranno utilizzati dal Comune di Porto Sant’Elpidio, ente capofila dell’ATS XX, e dai Comuni dell’ATS XX. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all’Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l’effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati verranno comunicati all’istituto di credito per l’emissione dell’eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi. |
| **Natura conferimento dati** | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l’esclusione dal procedimento oggetto dell’Avviso; |
| **Sito** | <https://comune.portosantelpidio.fm.it/it> |
| **Diritti** | L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, contattando il Responsabile della protezione dei dati sopra indicato. |

**Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8**

|  |  |
| --- | --- |
| **Amministrazione competente** | Comune di Porto Sant’Elpidio – ente capofila dell’ATS XX per la fase relativa alla raccolta delle domande e agli adempimenti successivi e Comuni di Porto Sant’Elpidio, Sant’Elpidio a Mare e Monte Urano per la parte di propria competenza |
| **Oggetto del procedimento** | Delibera CIPESS 24/2024 - DGR n. 1481/2024 - DGR 1521/2024 - DGR n. 1772/2024 – DDS n. 16/CDI/2025 - Accordo per la Coesione tra Presidenza del Consiglio dei Ministri e Regione Marche, Fondo di Rotazione - Scheda n. 39. |
| **Responsabile procedimento** | Per la fase relativa alla ricezione e all’ammissione delle domande, il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di residenza;  Per la fase relativa alla raccolta delle istanze, l’invio in Regione e agli adempimenti successivi, il Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Porto Sant’Elpidio, in qualità di ente capofila dell’Ambito Territoriale XX. |
| **Inizio e termine del procedimento** | L’avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso l’Ufficio Protocollo del Comune di residenza; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 180 giorni. |
| **Inerzia dell’Amministrazione** | Decorsi i termini sopraindicati, l’interessato potrà attivarsi ai sensi dell’art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall’amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricordo al TAR nei termini di legge. |
| **Conservazione dei dati** | I dati saranno conservati in maniera permanente per consentire eventuali controlli e verifiche anche da parte di altri Enti Pubblici oltre il termine del procedimento. |
| **Ufficio in cui si può prendere visione degli atti** | Servizi Sociali dei Comuni di rispettiva residenza, e Ufficio di Coordinamento dell’ATS XX negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/05 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Porto Sant’Elpidio. |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per presa visione

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