

Allegato A - Domanda di partecipazione

Alla c.a.:

Distretto Sociosanitario RM 5.6**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

AVVISO PUBBLICO APERTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER L'ATTUAZIONE DELLA DGR N. 289 DEL 15 GIUGNO 2023 "PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DAL FONDO NAZIONALE INCLUSIONE DISABILITÀ IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO DECRETO 29 LUGLIO 2022".

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
_____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____ in _____ Via _____
_____ n. _____
codice fiscale _____
Telefono _____
E-mail _____ P.E.C. _____
In qualità di: ☐ Diretto interessato ☐ Genitore ☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno ☐ Curatore

di (cognome e nome) _____
Nato/a a _____ il _____
residente in via _____ n. _____
città _____ provincia _____ Cap _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di partecipare all'*Avviso pubblico aperto per l'individuazione dei beneficiari per l'attuazione della dgr n. 289 del 15 giugno 2023 "programmazione territoriale degli interventi previsti dal fondo nazionale inclusione disabilità in favore delle persone con disturbo dello spettro autistico decreto 29 luglio 2022"* dichiarando la propria preferenza:

- ☐ Intervento b. percorsi di socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino a 21 anni;
- ☐ Intervento d. progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento;
- ☐ Intervento f. progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa;

Si allega al presente Modulo di Domanda:

- **Copia fronte/retro di un documento di identità** in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato
- Certificazione di diagnosi primaria di disturbo dello spettro autistico; (certificazione L.104, certificazione invalidità, diagnosi dell'UOC TSRMEE del Servizio Sanitario Nazionale);
- **Autocertificazione dello Stato di famiglia (Allegato 2);**
- **Per i Tutori, Amministratori di Sostegno/Curatori**: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il beneficiario.
- **Per i cittadini stranieri extra-EU**: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare al Distretto Sociosanitario RM 5.6 le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 10 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data, _____

FIRMA _____