

**ALLEGATO B 1**

**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI  A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI**  **FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI**  **Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**  **(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)** |

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................  nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….  residente a …………………………….…………in via …………….….…………..n……… Cap…………..  Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...  Tel. …………………………Cell. ………………………email:……………………………………………..  con disabilità:  **uditiva**   **visiva**  in situazione di “gravità” (art 3, comma 3, L.104/92) :  **si**  **no** |

**A cura del genitore/tutore se l’alunno è minorenne:**

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………..………….  nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….  residente a …………………………….…………in via ………………………..…..n……… Cap………….. Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...  Tel. …………………………Cell. ………………………email:……………………………………………..  **in qualità di genitore/tutore** **di** ………………………………………………………………………………  nato/a ……………………………………………………………………….il………………...………………  Codice Fiscale …………..……………………………………………………………………………………...  con disabilità:  **uditiva**   **visiva**  in situazione di “gravità” (art 3, comma 3, L.104/92) :  si  no |

presa visione della DGR n. 1191 del 07.08.2023 “Interventi relativi all’assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali - Criteri per l’attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2023/2024”.

**CHIEDE**

**l’erogazione di un contributo per la frequenza:**

** della scuola specializzata** ………………………………………………………………………………….sita in ..........................................................Via……………….…………………… Cap …………….

**del corso presso l’istituto specializzato** ……………………………………………………………………..

sito in .......................................................... Via……………….…………………… Cap …………….

**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,

- di  **usufruire /**  **non usufruire**  di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Conto corrente postale  Conto corrente bancario  presso …………………………………………………....… Agenzia/filiale di………………………….  intestato a…………………………………………………………………………………………...………  Codice IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

1. copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell’udito) - n.382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
2. un progetto dettagliato di intervento redatto dall’UMEE/UMEA di appartenenza in cui dovrà essere indicata l’opportunità/necessità della scelta, la durata del corso, l’indicazione della data di avvio e di fine della scuola scelta, la misura dell’intervento economico previsto;
3. preventivo rilasciato dall’istituto individuato;
4. copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
5. fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

**L’INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell’art. 13, Regolamento 2016/679/UE – General Data Protection Regulation – GDPR deve essere formulata da parte del Comune/Ambito Territoriale Sociale titolare del trattamento dati.**

**Informativa.** Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare Trattamento** | Comune di Fermo – Via Mazzini n. 4 – 63900 Fermo in qualità di ente capofila dell’ATS 19 per l’intera banca dati, i restanti Comuni dell’ATS 19 per la banca dati dei cittadini residenti, nell’ambito delle rispettive competenze. |
| **Responsabile** | Coordinatore dell’ATS 19, per la banca dati di tutto l’ATS 19, e i Responsabili dei Servizi Politiche Sociali dei restanti Comuni |
| **Responsabile della Protezione dei dati (DPO)** | Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall’Amministrazione Comune di Fermo è l’Avv. Nadia Corà del Gruppo Maggioli S.p.A. Indirizzo di posta elettronica presso l’Ente del RPD: dpo@comune.fermo.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), contattando l’indirizzo email: consulenza@entionline.it |
| **Incaricati** | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti ed i collaboratori esterni, assegnati anche temporaneamente al Comune di Fermo, ente capofila dell’ATS XIX, e ai Comuni dell’ATS XIX. |
| **Finalità** | I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di erogare il contributo e adempiere agli obblighi di monitoraggio e rendicontazione degli interventi effettuati a valere sulle risorse nazionali per gli interventi relativi all’assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali. |
| **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. |
| **Ambito comunicazione** | I dati verranno utilizzati dal Comune di Fermo, ente capofila dell’ATS XIX, e dai Comuni dell’ATS XIX. 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 la liquidazione dell’eventuale 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** | [www.comune.fermo.it](http://www.comune.fermo.it/). e [www.ambitosociale19.it](http://www.ambitosociale19.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. |

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per presa visione

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