

Allegato 1: Modello per la domanda di accesso al contributo

Spett.le Comune Capofila

sede

PAC CALABRIA 2007/2013

Oggetto: Domanda di contributo

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

.....

nato/a a prov. il

..... Codice Fiscale residente

in via n.civ. Prov. CAP.....

Telefono..... E-mail PEC _____

nella qualità di (selezionare la casella di interesse) richiedente

oppure

genitore tutore curatore amministratore di sostegno - del soggetto interessato di seguito indicato:

Nome e cognome nato/a

..... il residente a

..... in via n. C.F.

.....

CHIEDE

L'erogazione del contributo economico forfettario previsto dall'avviso in favore delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico relativamente all'annualità _____.

A tal fine, il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di possedere i requisiti di cui al punto 2.1 dell'avviso pubblico "_____"

che il valore ISEE dell'attestazione riferita al proprio nucleo familiare rilasciata nell'anno 2021 e in corso di validità, è pari a €.....;

- di non essere beneficiario di altri contributi (Fondo Caregiver , Fondo Gravissimi e Fondo FNA)
- di essere beneficiario di contributi a valere sul fondo_____ per un importo di €_____
- di non percepire altre risorse (es: esenzioni, contributi, rimborsi, voucher o buoni servizi; ecc.) a copertura del costo dei medesimi servizi per i quali si produce la presente istanza di ammissione al contributo;
- di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere a conoscenza e di accettare incondizionatamente le prescrizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti nella domanda per le comunicazioni alla Regione Calabria;
- di essere disponibile a fornire eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Amministrazione e in caso di controlli, dalle autorità e organismi preposti;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa di cui al Reg. Generale UE sulla protezione dei dati personali (GDPR) n. 2016/679 e dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
- di impegnarsi a comunicare con tempestività eventuali variazioni e/o perdita dei requisiti per l'accesso al contributo che riguardano la situazione familiare, economica o patrimoniale e assistenziale della persona con DSA e del nucleo familiare.

Ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione, si allega:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000, relativa alla data e luogo nascita, allo stato di famiglia ed alla residenza della persona in favore della quale viene richiesta l'erogazione del contributo;
- Copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente;
- Copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del soggetto destinatario dei servizi (persona con DSA). Per i cittadini non comunitari, copia del permesso/carta di soggiorno in corso di validità,
- Preventivo delle spese da sostenere nell'annualità di riferimento (Allegato A2);
- Ove ne ricorrano i presupposti: riepilogo delle spese sostenute (anno 2022);
- ove ne ricorrano i presupposti: copia del provvedimento di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno; Eventuale delega alla compilazione della domanda di richiesta del contributo; Eventuale delega alla riscossione del contributo.

Firma del dichiarante

Luogo e data

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, alla domanda sottoscritta deve essere allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità, dei sottoscrittori

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di Paola Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 2 Paola/Cetraro in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è: Il Comune di Paola Capofila Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro con sede in Largo Monsignor Perrimezzi,6 – Paola (CS)
e il delegato al trattamento è l'Ing. Fabio Pavone

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede c/o il Comun di Paola
La casella di posta elettronica è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

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 potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dal Comune di Paola Capofila trasmessi alla Regione Calabria dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro e

Trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali necessari per l'espletamento dell'istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

Allegato A1: Riepilogo delle spese sostenute

(dal 01/01/2022 alla data di pubblicazione ai sensi del punto 4.2, comma 3 del presente avviso)

Il presente modulo deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

Indirizzo sede legale.....

Partita IVA/C.F.....

Telefono.....

Indirizzo mail.....

SPESE IN FAVORE DI:

DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome.....

nato/a.....a.....il.....

Residente ain via.....

SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE²

Servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

² Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4).....

OBIETTIVI DEL SERVIZIO:

- 1).....
- 2)

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Periodo (da - a)	Motivazione
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro

COSTO SERVIZI EROGATI:

- 1) Tariffa oraria ordinaria: €..... + aliquota IVA
al.....
- 2) Eventuale tariffa oraria festiva: €.....+ aliquota IVA al.....

- 3) Costo settimanale delle prestazioni: €..... + aliquota IVA al
.....
- 4) Totale costo settimanale IVA inclusa
€.....
- 5) Totale spesa annua IVA inclusa
€.....

Data:

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di Paola Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 2 Paola/Cetraro in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è: Il Comune di Paola Capofila Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro con sede in Largo Monsignor Perrimezzi,6 – Paola (CS)
e il delegato al trattamento è l'Ing. Fabio Pavone

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede c/o il Comun di Paola
La casella di posta elettronica è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

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 potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dal Comune di Paola Capofila trasmessi alla Regione Calabria dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro e

Trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali necessari per l'espletamento dell'istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

Allegato A2: Preventivo spese da sostenere

3

Il presente modulo deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

Indirizzo sede legale.....

Partita IVA/C.F.....

Telefono.....

Indirizzo mail.....

SPESE IN FAVORE DI:

DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome.....

nato/a.....a.....il.....

Residente ain via.....

SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE²

Servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

⁴ Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

TIPOLOGIA DI FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE:

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4).....

OBIETTIVI DEL SERVIZIO:

- 1).....
-
- 2).....
- .

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

PREVENTIVO COSTO SERVIZI

1. Spesa annua stimata: €..... + IVA al
.....
2. Totale spesa annua IVA inclusa
€.....

Data:

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di Paola Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 2 Paola/Cetraro in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è: Il Comune di Paola Capofila Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro con sede in Largo Monsignor Perrimezzi,6 – Paola (CS) e il delegato al trattamento è l'Ing. Fabio Pavone

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede c/o il Comun di Paola
La casella di posta elettronica è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

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 potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dal Comune di Paola Capofila trasmessi alla Regione Calabria dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro e

Trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali necessari per l'espletamento dell'istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.m.ii.)

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

.....

nato/a a prov. il
..... Codice Fiscale residente a
..... via n. civ. Prov. CAP.....
Telefono..... E-mail PEC

nella qualità di (selezionare la casella di interesse) richiedente

oppure

genitore tutore curatore amministratore di sostegno di

Nome e cognome nato/a
..... il residente a
..... in via n. C.F.
.....

- vista la domanda, con numero identificativo, ammessa all'erogazione del sostegno economico con atto n....del.....;

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per la fruizione di servizi educativi/comportamentali e gli altri trattamenti in coerenza con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti dell'Istituto

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, alla domanda sottoscritta deve essere allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità, dei sottoscrittori.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di Paola Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 2 Paola/Cetraro in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è: Il Comune di Paola Capofila Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro con sede in Largo Monsignor Perrimezzi,6 – Paola (CS)
e il delegato al trattamento è l'Ing. Fabio Pavone

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede c/o il Comun di Paola
La casella di posta elettronica è: ufficiopdz@comune.paola.cs.it

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 potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dal Comune di Paola Capofila trasmessi alla Regione Calabria dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro e

Trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali necessari per l'espletamento dell'istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

Allegato 3: Format di attestazione a cura dell'erogatore del servizio

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
.....nato/a a prov. il Codice Fiscale
..... residente a via n. civ.
Prov. CAP..... Telefono..... E-mail PEC

nella qualità di

a) rappresentante legale di con sede in
..... prov. CAP
CAP..... Telefono. E-mail PEC Codice Fiscale
..... PIVA
.....

oppure

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con qualifica di
..... Codice Fiscale
..... PIVA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/i servizio/i di erogati nel periodo dal al
..... in favore di (nome e cognome)
..... nato/a a
..... prov. il Codice Fiscale
..... residente a via n. civ.
..... Prov. CAP..... Telefono..... E-mail PEC
.....sono coerenti con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici.

_____ lì _____

Firma