Modello di domanda

Spett.le Ufficio di Piano

Ambito Sociale di Gallipoli

Via Pavia snc- 73014 Gallipoli (LE)

ufficiopianodizona.comunegallipoli@comune.gallipoli.le.it

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER L’ACCESSO A VOUCHER FINALIZZATI A PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATA AI MINORI E ALL’ETA’ DI TRANSIZIONE FINO A 21 ANNI, CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO. Termine presentazione ore 13.00 del 14/06/2024**

Il sottoscritto (genitore):

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| RESIDENZA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| Cell. |  |
| E-mail |  |

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

Che il/la proprio/a figlio/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| RESIDENZA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (specificare livello di gravità) |  |

Possa beneficiare del voucher per percorsi di assistenza alla socializzazione dedicata ai minori e all’eta’ di transizione fino a 21 anni con disturbo dello spettro autistico.

Indicare il percorso in relazione all’età e al livello di gravità del disturbo dello spettro autistico:

🞎 lett. a)

🞎 lett. b)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lett.** | **Importo voucher**  ***(una tantum)*** | **Destinatari** | **Livello di gravità del disturbo dello spettro autistico (secondo classificazione del DSM- 5)** |
|  | € 250,00  per la partecipazione alle attività di socializzazione dedicate ai minori e all’età di transizione fino ai 21 anni con disturbo dello spettro autistico riportate nella tabella successiva  +  Partecipazione gratuita ad un progetto musicale inclusivo  (fino a completamento dei posti disponibili max 20) | Bambini e ragazzi dai 6 ai 19 anni | Livello 1 (lieve) e  Livello 2 (moderato) |
|  | € 500,00  per la partecipazione alle attività di socializzazione dedicate ai minori e all’età di transizione fino ai 21 anni con disturbo dello spettro autistico riportate nella tabella successiva | Bambini e ragazzi da 0 a 21 anni | Livello 3 (grave) |
| Bambini da 0 a 5 anni | Livello 1 (lieve)  Livello 2 (moderato)  Livello 3 (grave) |
| Ragazzi da 20 a 21 anni | Livello 1 (lieve)  Livello 2 (moderato)  Livello 3 (grave) |

Per beneficiare del voucher è altresì necessario indicare fino a un massimo di due preferenze tra i percorsi di seguito riportati:

Opzione 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Opzione 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **OPERATORE ECONOMICO** | **N. POSTI DISPONIBILI** | **SEDE ATTIVITA’** |
| 1 | Amici di Nico Srl Impresa Sociale | Max 70 | c/o Centro per l’Autismo “Amici di Nico “via Custoza ang. via Bolazano snc – Matino (LE) |
| 2 | Associazione Junior Band APS Melissano | Max 15 | c/o Palazzo Santaloja via Leonardo da Vinci – Melissano (LE) |
| 3 | Associazione Mega & Paint Nati Liberi APS | Max 10 | c/o Tenuta La Baronessa – strada prov.le Alezio- Tuglie, km 1 – Tuglie (LE) |
| 4 | Cooperativa Sociale Nuova Sair | Max 80 | c/o Ludoteca “Associazione Happyness” via Roma 336- Matino (LE) |
| 5 | APS Il Cammino di Thiago | Max 10 | c/o I giardini di Marinella – via Giardini di Marinella – Taviano (LE) |
| 6 | Coop. Soc. Onls Arcobaleno | Max 30 | c/o Centro Diurno socio educativo e riabilitativo Arcobaleno- via Dante Alighieri n. 104- Ugento (LE) |
| 7 | Cooperativa Indisciplinati | Max 15  (16- 21 anni di età) | c/o Biblioteca Comunale via Regina Margherita n. 58- Racale (LE) |
| 8 | Associazione Sportiva ASD Messapia | Max 10  Max 10 | c/o Palazzetto Sportivo “Palafederico “via Suor M.M. Starace n. 6- Alezio  c/o Palestra Scolastica Istituto Quinto Ennio via Torino- Gallipoli (LE) |

DICHIARA inoltre

*(barrare obbligatoriamente tutte le voci che interessano)*

di essere Cittadino/a italiano/a

di essere Cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea in possesso di Attestazione di iscrizione anagrafica di cittadino dell’Unione ai sensi del D.L. del 6 febbraio 2007 n.30;

di essere Cittadino/a di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno;

🞎 ISEE in corso di validità da allegare;

di avere preso visione integrale di quanto indicato e riportato nell’Avviso Pubblico;

che tutta la documentazione allegata in copia alla presente domanda è conforme all’originale;

di autorizzare il Comune di Gallipoli al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e all’accesso al portale Inps, al fine di verificare la corrispondenza al vero delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL/LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma)

A sostegno di quanto dichiarato, allega i seguenti documenti obbligatori:

certificazione della diagnosi del disturbo dello spettro autistico

copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del sottoscrittore dell’istanza(DPR n.445/2000) e del minore;

**** modulo autorizzazione trattamento dati compilato e sottoscritto;

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,consapevole delle responsabilità civili e penali che mi assumo per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’art. 76 del “T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa” approvato con D.P.R. n. 445/2000, dichiaro/a di aver compilato il presente modello di domanda relativo all’ “Avviso Pubblico per la concessione di contributi economici a sostegno delle famiglie di minori con disturbo dello spettro autistico o altri disturbi del neuro-sviluppo”, in ogni sua parte, e che quanto in esso espresso, dichiarato e sottoscritto, è vero ed è documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4, comma 2, del D.Lgs. 31 marzo 1998 n° 109, e 6 comma 3, del D.P.C.M. 7 maggio 1999, n° 221, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze, anche in ottemperanza all’art. 71 del precitato T.U. approvato con D.P.R. n° 445/2000, oltre che con i dati del portale Inps, cui verrà inviata comunicazione relativa l’eventuale erogazione del contributo economico;

**IL/LA DICHIARANTE**

, li

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

***(FIRMA OBBLIGATORIA DEL DICHIARANTE PENA ESCLUSIONE)***