

AL COMUNE DI SANTA CROCE CAMERINA

IV DIPARTIMENTO
"Welfare, Politiche Educative e Giovanili, Cultura e Tempo Libero"

MODULO DI DOMANDA

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ LABORATORIALI PREVISTI DAL PROGETTO "EXIT", IN FAVORE DI SOGGETTI DAI 6 AI 21 ANNI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.

PROGETTO REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – MINISTRO PER LE DISABILITÀ'.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
_____, cf _____ telefono _____ cellulare _____
in qualità di ☐ genitore ☐ tutore
☐ amministratore di sostegno ☐ altro _____
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

che venga ammesso a partecipare al progetto "EXIT" rivolto a minori e soggetti fino a 21 anni con disturbo dello spettro autistico:

Cognome _____ il _____ Nome _____ nato/a a _____
_____ cf _____
e residente a _____ in via _____ n. _____

Nello specifico di partecipare all'attività laboratoriale (possibilità di barrare più alternative):

- ☐ attività n. 4 COMUNE@ZIONE;
- ☐ attività n. 5 GIOCO@ZIONE;
- ☐ attività n. 6 LEGO@ZIONE;
- ☐ attività n. 7 GRUPPO@ZIONE;
- ☐ attività n. 8 ARTE@ZIONE;
- ☐ attività n. 9 SUPPORT@ZIONE;

A tal fine, informo/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che l'aspirante beneficiario:

- è residente nel Comune di Santa Croce Camerina;
- ha un'età compresa tra i 6 e i 21 anni;
- è in possesso di certificazione di diagnosi di "Disturbo dello spettro autistico", ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92

Allega:

- ☐ copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- ☐ copia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- ☐ copia verbale del beneficiario, ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992, con diagnosi "Disturbo dello spettro autistico" del beneficiario;

Dichiara di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che:

- i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo.

Luogo e Data _____

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a autorizza s al trattamento dei propri dati personali e di quelli del beneficiario per le finalità Connessi alla gestione e valutazione della richiesta, in conformità al regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e Data _____

Firma
