**Allegato “B”**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONTRIBUTO**  **PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI**  **PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**  (SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 22 APRILE 2025 ORE 13:00) |

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………...........................

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

residente a ………………………………...… in via ………….……………………………..n. .…...

C.F. ………...………………………………………………………………………………………….

Tel. ……………………Cell. ………………………email:…………………………………………..

in qualità di genitore/tutore di ………………………………..………………………………………

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

residente a ………………………………………..… in via ……………………………….….. n. ….

C.F. ……………………………….…………………………………………………………………...

Titolo di studio ………………………………………………………………………………………..

Condizione occupazionale:

* Studente
* occupato
* disoccupato
* inattivo (che non ha mai lavorato/non in cerca di lavoro)

**CHIEDE**

* di beneficiare del contributo di cui all’art. 11 della L.R. 25/2014, ai sensi della DGR n. 1772 del 18.11.2024;

**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 che:

1) la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.04.2023/31.10.2024 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- fattura n. \_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………..

**per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2) che le fatture sopra indicate, **non sono state presentate/sono state presentate (cancellare la parte di non interesse**) ai fini dell’accesso al contributo inerente il progetto “Provincia Generativa” – fondi ministeriali - ma non sono state considerate al fine della quantificazione del contributo concesso;

3) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da…………………………….importo di €………………………………..);

**Dichiara** inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| c/c intestato a ………………………………………………………………………………………  nato il …………… a ……………………………………………..……………………………….  CF ……………………………………….  acceso presso …………………………………… Agenzia/filiale di………………………….  Codice IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**ED ALLEGA**

a) Certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all’art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014;

b) Progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti di cui all’art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014, da cui si desume la prescrizione degli interventi;

c) Copia della documentazione di spesa sopra elencata (fattura/ricevuta e relativa quietanza di pagamento).

d) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 | Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Fossombrone, con sede in Corso Garibaldi n. 8 – CAP 61034 – Fossombrone (PU), email: comune.fossombrone@provincia.ps.it  pec: [comune.fossombrone@emarche.it](mailto:comune.fossombrone@emarche.it) - Tel. 0721/7231 |
| RESPONSABILE | Coordinatore dell’ATS 7 |
| RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI(DPO) | Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile dei dati (DPO) Protezione dei dati (DPO) Dott.ssa Martina Battazzi, contattabile inviando una mail a: [rpd@cm-urbania.ps.it](mailto:rpd@cm-urbania.ps.it), o telefonando al Tel. 0722 819928 |
| INCARICATI | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti ed i collaboratori esterni, assegnati anche temporaneamente al Comune di Fossombrone, ente capofila dell’ATS 7. |
| FINALITA’ | 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 regionali. |
| MODALITA’ | 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 Fossombrone, ente capofila dell’ATS 7. 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 l’emissione dell’eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi. |
| NATURA CONFERIMENTO DATI | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in conferimento dati 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.ambito7fossombrone.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. |

**Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8**

|  |  |
| --- | --- |
| AMMINISTRAZIONE COMPETENTE | Comune di Fossombrone in qualità di ente capofila dell’ATS 7 |
| OGGETTO DEL PROCEDIMENTO | L.R. 9 ottobre 2014 n. 25D.G.R. n. 1772 del 18/11/2024DSS n. 16 del 04/02/2025 |
| RESPONSABILE PROCEDIMENTO | Il Responsabile dell’ATS, in qualità di ente capofila dell’Ambito Territoriale 7. |
| INIZIO E TERMINE DEL PROCEDIMENTO | L’avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso l’Ufficio Protocollo del Comune di Fossombrone; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 90 giorni. |
| INERZIA DELL’AMMINISTRAZIONE | Decorsi i termini sopraindicati, l’interessato potrà attivarsi ai sensi dell’art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall’amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque  possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge. |
| UFFICIO IN CUI SI PUO’ PRENDERE VISIONE DEGLI ATTI | Ufficio dell’ATS 7 negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L.241/1990 come modificata dalla L. 15/05 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi. |