



COMUNE DI FOLIGNO

Provincia di Perugia

Allegato A.1)

Richiesta di accesso al contributo economico concesso ai minori con disabilità con disturbo dello spettro autistico (Decreto 29 luglio 2022 e ss.ii.).

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE CON DISABILITA':

Cognome _____	Nome _____		
nato/a il _____	a _____	Prov. _____	
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n. _____		
Via/P.zza _____	n.° _____	CAP _____	domiciliato presso _____
CAP _____	tel. _____	cell. _____	
Indirizzo email _____			
Codice Fiscale _____			
Cittadinanza ¹ :			
<ul style="list-style-type: none">• cittadino italiano;• cittadino comunitario;• cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;• titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;• titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;			

¹Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE CON DISABILITA':

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n. _____
Via/P.zza _____	n.° _____ CAP _____ domiciliato
presso _____	CAP _____ tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Cittadinanza ¹ :	
<ul style="list-style-type: none">• cittadino italiano;• cittadino comunitario;• cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;• titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;• titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;	

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE CON DISABILITA':

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n. _____
Via/P.zza _____	n.° _____ CAP _____ domiciliato
presso _____	CAP _____ tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Cittadinanza ¹ :	
<ul style="list-style-type: none">• cittadino italiano;• cittadino comunitario;• cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;• titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;• titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;	

¹Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ :

Cognome _____ Nome _____
In qualità di (genitore, amministratore di sostegno, tutore, ecc.) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____
Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel. _____
Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

CHIEDE

di far accedere in qualità di (genitore, amministratore di sostegno, tutore, ecc.) _____
il minore con disabilità Nome _____ / Cognome _____, al contributo economico concesso alle
persone con disabilità con disturbo dello spettro autistico (Decreto 29 Luglio 2022 e ss.ii.).

A tale fine

DICHIARA

<p>Il minore con disabilità :</p> <ul style="list-style-type: none">➔ è residente in uno dei Comuni che afferiscono alla Zona Sociale n. 8;➔ è di età inferiore ai 18 anni;➔ è in possesso di attestazione di handicap con diagnosi dello spettro autistico in accertata situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104, che intenda avvalersi dei trattamenti e programmi educativi indicati all'art.1 del presente Avviso ¹;➔ ha un ISEE ordinario del nucleo familiare in corso di validità, ai sensi della normativa vigente, non superiore ad € 35.000,00:<ul style="list-style-type: none">✖ ovvero pari o inferiore ad € 25.000,00 : _____ (indicare l'importo dell'isee);✖ ovvero ricompreso tra € 25.000,01 ed € 35.000,00 : _____ (indicare l'importo dell'isee); <p><i><u>NB: il nucleo familiare è quello definito all'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 Dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE).</u></i></p> <p>Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del DPR 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 DPR 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.</p> <p>_____</p> <p>¹ coloro che NON hanno ancora adempiuto all'obbligo scolastico, la diagnosi deve essere effettuata negli ultimi tre anni, mentre successivamente ai 16 anni, è valida l'ultima diagnosi effettuata durante la frequenza scolastica. Possono beneficiare del contributo anche quei soggetti sotto i 30 mesi di età, con diagnosi di "rischio" di disturbo dello spettro autistico.</p>

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita
I°					
II°					
III°					

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Foligno in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Foligno in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data, _____

Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4)

<p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____ Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____ Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____</p>

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE in corso di validità;
- 2) documentazione socio-sanitaria e sanitaria (attestazione di handicap con diagnosi dello spettro autistico in accertata situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104);
- 3) copia del documento di identità della persona con disabilità e di chi ne fa le veci;
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo della persona con disabilità e di chi ne fa le veci;