

 distretto "A" Socio - Assistenziale	<b>DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE "A"</b> (PROVINCIA DI FROSINONE) L. 328/2000
	<b>Comuni di:</b> Acuto, Alatri, Anagni, Colleparado, Filettino, Fiuggi, Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani, Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.
<b>COMUNE CAPOFILA ALATRI</b>	<b>Piazza Regina Margherita n 4 - 03011 ALATRI (FR)</b> Struttura di Piano: tel. 0775.448210/13 - Fax: 0775.448209 e-mail: <a href="mailto:info@distrettosocioassistenziale.org">info@distrettosocioassistenziale.org</a> PEC: <a href="mailto:protocollo.comunealatri@pec.it">protocollo.comunealatri@pec.it</a> ; sito internet: <a href="http://www.distrettosocioassistenziale.org">www.distrettosocioassistenziale.org</a>

**ALLEGATO 2**

**MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO.....**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ P.E.C \_\_\_\_\_

In qualità di:  retto interessato Famiglia: \_\_\_\_\_

Tutore  amministratore di sostegno Altro (specificare) \_\_\_\_\_

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Fondo per inclusione per persone con disabilità -Spettro Autistico dichiarando la propria preferenza:



<i>Attualmente usufruisce di servizi</i>			
<i>Tipologia di servizio</i>	<i>Erogatore</i>	<i>Ore a settimana</i>	
<i>Servizio assistenza Domiciliare - SAD</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Trattamenti riabilitativi in regime convenzionato:</i>			<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ambulatoriali</i></li> <li>• <i>domiciliari</i></li> <li>• <i>semiresidenziali</i></li> </ul>			
<i>Centro Diurno / Laboratorio</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Inserimento Lavorativo / Formativo</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Altro:</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Nessun servizio</i>			<input type="checkbox"/>
<b>SITUAZIONE REDDITUALE</b>			
<i>Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024</i>			
<i>Da 0 a € 3.000,00</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Da € 3.001,00 a € 6.000,00</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Da € 6.000.01 a € 9.360,00</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Da € 9.361,00 a € 15.000,00</i>			<input type="checkbox"/>
<i>Superiore a € 15.001,00</i>			<input type="checkbox"/>

**Si allega al presente Modulo di Domanda (allegato 2):**

- documento di identità in corso di validità della persona con disabilità;
- copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 del richiedente e/o del certificato di invalidità civile (no certificazioni con OMISSIS) e/o della diagnosi dell'UOC di Neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- nei casi di persone con disturbo dello spettro autistico rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all'ADS 15 le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_