ALLEGATO A) Modello di domanda

**Spett.le Ufficio di Piano**

**ATS Molfetta -Giovinazzo**

[**servizi.sociali@cert.comune.molfetta.ba.it**](mailto:servizi.sociali@cert.comune.molfetta.ba.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 entro e non oltre ore 13.00 del 28/02/2025**

🞎 Il sottoscritto (beneficiario maggiorenne)

🞎 Il sottoscritto genitore (tutore o chi ne fa le veci)

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

🞎 per se stesso

🞎 per il/la proprio/a figlio/a- Amministrato/a- tutelato/a

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

di 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 come di seguito indicati.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPERATORE ECONOMICO N.** | **IMPORTO VOUCHER (una tantum)** | **Destinatari** | **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’** |
| 1.Arancio Cooperativa Sociali in partnership con l’Associazione di Volontariato CH9 SERMOLFETTA ONLUS, La brigata srl e la Società Pane & Amore di Magarelli Domenico propone il progetto denominato: “I BRIG-AUTi”. | Euro 500,00 | Ragazzi nell'età di transizione fino ai 21 anni 5 per ogni corso | 1. Corso di Pasticceria 5 beneficiari 2. Corso di Cucina 5 beneficiari 3. Corso di Sala 5 beneficiari 4. Corso di Milk art. 5 beneficiari |
| 2.Nadir ONLUS Società Cooperativa Sociale | Euro 500,00 | Ragazzi di età minima non inferiore a 10 anni | 10 lezioni frontali in acqua, in rapporto 1:1 / 1:2 dalla durata di 45 min. ciascuno. |
| 3.Metropolis Consorzio di Coop. Sociali ONLUS | Euro 500,00 | Ragazzi nell'età di transizione fino ai 21 anni | **Introduzione alla Fotografia**  Il workshop si articola in due sezioni: formativa in aula con 7 incontri dalla durata complessiva di 14 ore, alternati da 12 uscite fotografiche c.a. dalla durata di 3 ore. Per un totale di 50 ore. |
| 4.Felisia Cooperativa Sociale a.r.l. ONLUS | Euro 500,00 | Ragazzi nell'età di transizione fino ai 21 anni | Il progetto “a braccia aperte”, valorizzazione di abilità Il progetto sarà individualizzato e modulare: *individualizzato*   * **ATTIVITÀ SPORTIVA** * **LABORATORIO DI CUCINA** * **ORTOTERAPIA** * **LABORATORIO DI CARTAPESTA** * **LABORATORIO DEL TEMPO LIBERO** |
| 5.Chàrisma Cooperativa Sociale ONLUS (Capofila) – ASD Allenamenti – Associazione di promozione sociale R + | Euro 500,00 | Ragazzi nell'età di transizione fino ai 21 anni | 20 ore pomeridiane: 10 ore di attività di socializzazione e potenziamento delle autonomie e 10 ore di intervento sulla motivazione, attenzione ed intervento sul comportamento, nonché potenziamento dei punti di forza. |

Per beneficiare del voucher è, altresì, necessario opzionare il percorso in ordine di preferenza tra quelli sopra indicati:

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

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

Opzione 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Opzione 4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Opzione 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Consapevole che, nel caso in cui le richieste pervenute per le opzioni prioritariamente indicate raggiungano il limite massimo di utenti (max 20), si procederà allo scorrimento per le opzioni successive.

Il sottoscritto 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;

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 Molfetta Capofila 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 sanitaria attestante la 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)***