**Modello A – SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO per l’attuazione di interventi socio – assistenziali a favore dei disabili sensoriali - LR n. 32/1997**

**All’ECAD dell’Ambito n. 4 Peligno**

**Comune di Sulmona**

**Via Mazara, 21**

**67039 Sulmona (AQ)**

**OGGETTO**: Domanda di ammissione per l’avviso pubblico per l’attuazione di interventi socio – assistenziali a favore dei disabili sensoriali - LR n. 32/1997.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di soggetto destinatario del beneficio

Oppure se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*indicare il grado di parentela o se tutore)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE di essere ammesso/a a partecipare all’avviso pubblico per l’attuazione di interventi socio – assistenziali a favore dei disabili sensoriali - LR n. 32/1997.

Allo scopo sotto la propria responsabilità: (artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

DICHIARA

1. (*Se tutore o genitore del soggetto destinatario del beneficio)* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oppure

(*se soggetto destinatario del beneficio)* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. che il soggetto destinatario del beneficio ha \_\_\_\_\_\_\_\_ anni ed è iscritto/non è iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere persona con disabilità che rientra in una delle seguenti categorie (*barrare la casella)*:

* Cieco civile ai sensi dell’articolo 4 della Lg. 138/2001;
* Cieco civile parziale ai sensi delle Lg. 382/70, 508/88 e 138/01;
* Cieco civile assoluto ai sensi delle Lg. 382/70, 508/88 e 138/01;
* Invalido civile con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (D.M. 332 del 27/08/1999);
* Sordo pre-linguale di cui all’art. 50 della Lg. 342/2000;

1. A tal fine dichiara di essere/non essere Invalido Civile con una percentuale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_ per la seguente diagnosi di Invalidità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di non usufruire di altre misure/di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli altri interventi in oggetto. *Se fruitore di misure compatibili e/o integrabili indicare quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*;
3. che il proprio nucleo familiare all’atto della presentazione della domanda è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Parentela | Età | Condizione medica attuale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara inoltre:

1. di essere informato/a che i dati personali e, eventualmente sensibili, oggetto delle dichiarazioni contenute nella presente domanda, verranno trattati dal Comune di Sulmona al solo scopo di permettere l’espletamento dell’avviso e l’adozione di ogni provvedimento annesso ai sensi del Reg. UE 679/2018 – GDPR- artt. 13 e 14 .
2. di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché decade dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000);

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione inerente l’avviso in oggetto gli/le venga recapitata all’indirizzo sotto riportato, impegnandosi a comunicare ogni variazione dello stesso e sollevando l’amministrazione da ogni responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda:

1. Certificato L.104 art. 3 comma 3 e Certificato di Invalidità Civile
2. Documento di identità del richiedente
3. DSU e attestazione ISE in corso di validità
4. Altra documentazione che si ritiene utile allegare.

Luogo e data

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell’art.13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali**

I dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno trattati e conservati dall’Amministrazione Comunale di Sulmona nel rispetto del Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 per il periodo necessario allo sviluppo dell’attività amministrativa correlata. I dati raccolti verranno consegnati per un periodo massimo di 10 anni, cosi come previsto dal piano di conservazione documentale per gli enti locali. Tale periodo potrà essere prolungato in caso di specifici eventi (ad es. contenzioso). I dati personali in questione saranno trattati:

* su supporti cartacei o informatici/telematici;
* da soggetti autorizzati al trattamento.

La raccolta dei dati è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di concessione del beneficio; in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato.

L’interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell’interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell’interessato sono disciplinati dall’art. 15 all’art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016.

I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all’ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.

Il Titolare del trattamento dei dati a cui è possibile rivolgersi per l’esercizio dei diritti dell’interessato è il Comune di Sulmona.

Firma

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