



Comune di Lariano

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5



Città di Velletri

Allegato 2

Modello "A"

**All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Velletri**

Il presente modello debitamente compilato e sottoscritto va consegnato presso il Comune di Velletri, secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico per l'anno 2025 emanato dal Comune di Velletri, capofila del Distretto socio-sanitario RM 6.5.

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO
SPETTRO AUTISTICO DAL DODICESIMO AL DICIASSETTESIMO ANNO DI ETÀ
ANNO 2025**

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a in via n.

C.F.

Tel. Cell. email:.....

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a in via n.

C.F.

PRESENTA

istanza per l'attribuzione del contributo regionale **per il sostegno economico per minori dal dodicesimo al diciassettesimo anno di età nello spettro autistico** (ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.) in riferimento all'avviso in oggetto, pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Velletri e del Comune di Lariano. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **allega:**

- a) copia della Diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i, rilasciata da struttura pubblica o da struttura privata accreditata;



Comune di Lariano

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5

Città di Velletri Capofila



REGIONE
LAZIO



Città di Velletri

Allegato 2

Modello "A"

- b) documento in corso di validità attestante l'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE per prestazioni socio-sanitarie del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del/i minore/i.

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto e di accettarne tutte le condizioni;
- ☐ che il/i minore/i ha/hanno un'età compresa tra 12 e 17 anni;
- ☐ di essere in possesso di un'attestazione ISEE ordinario o corrente, in corso di validità il cui valore è pari ad € _____;
- ☐ di essere titolare di un conto corrente bancario o postale sul quale versare i contributi in oggetto. Dovrà essere indicato obbligatoriamente un IBAN di 27 caratteri rilasciato dalla banca o dalla posta, anche relativo ad una carta prepagata, i cui primi due saranno IT (**sono esclusi i libretti postali che riportano il codice 0760103384**);

CHIEDE

che, in caso di accoglimento della domanda, l'erogazione del contributo spettante sia effettuata tramite bonifico, **(dovrà essere indicato obbligatoriamente un IBAN di 27 caratteri rilasciato dalla banca o dalla posta, anche relativo ad una carta prepagata, i cui primi due saranno IT, sono esclusi i libretti postali che riportano il codice 0760103384)** sul conto corrente di seguito indicato **(N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante):**

Intestatario conto																														
Cointestatario conto																														
C.F. Intestatario																														
Indirizzo																Città														
Coordinate Bancarie																														
(Codice IBAN)																														
E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.																														



Comune di Lariano

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5



Città di Velletri

Allegato 2

Modello "A"

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE – ASL – Distretto..... Referente.....
Recapiti.....

Luogo e Data_____

Firma di entrambi i genitori



Comune di Lariano

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5



Città di Velletri

Allegato 2

Modello "A"

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali di natura comune, particolare e bancari. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Velletri, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

telefono: 06-961581 Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.velletri.rm.it. Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: loredana.mollicapoeta@comune.velletri.rm.it.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti sono trattati da personale degli enti coinvolti appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente.

I dati sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali; possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma di entrambi i genitori

