

Allegato A

DOMANDA DI ADESIONE

PROGETTO DI INCLUSIONE PER MINORI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Interventi rivolti a persone con disturbo dello spettro autistico di cui alla D.G.R. n. 38/72 del 21/12/2022 e al Decreto 29/07/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ufficio per le Politiche in favore delle persone con disabilità

Fondo inclusione persone con disabilità, legge n. 69/2021, annualità 2022-2023

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

Familiare: _____

Tutore/Amministratore Di Sostegno/ Curatore: _____

Altro (specificare) _____

del/la minore

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

città _____ provincia _____ Cap _____

codice fiscale _____

CHIEDE

di aderire alle attività del progetto di inclusione per minori con disturbo dello spettro autistico

Si allega alla presente Domanda di adesione (allegato A) :

- documento di identità in corso di validità della persona con disabilità e del richiedente;
- copia della diagnosi funzionale della SSD Neuropsichiatria Infantile– ASL Gallura, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- copia del Provvedimento dell’Autorità Giudiziaria attestante la nomina del legale rappresentante (amministratore di sostegno / tutore / curatore), ovvero, altra idonea documentazione comprovante la legittimazione alla rappresentanza della persona con disabilità, unitamente a copia del documento di identità del rappresentante

- titolo di soggiorno se cittadino straniero;

Tutela dei dati personali

Informativa art.13 Reg. UE 2016/679

La presente domanda di partecipazione vale come esplicita autorizzazione all'Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018, relativamente al compimento degli atti e/o agli adempimenti necessari all'espletamento della procedura stessa.

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 della Gallura fornisce le informazioni più importanti sul trattamento dei dati personali relativamente alle proprie attività istituzionali come previsto dalle normative specifiche di riferimento.

L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale al seguente indirizzo/link:

<https://www.aslgallura.it/privacy-policy/>

Luogo e data _____

Firma

***Non è ammessa la partecipazione ai soggetti che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età alla data di scadenza del presente avviso.**