



Allegato "B"

**Al Coordinatore
dell'Ambito Territoriale Sociale
n. 24**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in via n.
C.F.
Tel. Cell. email:.....
in qualità di genitore/tutore di
nato/a a il
residente a in via n.
....C.F.

.....
Titolo di studio

.....
Condizione occupazionale:

- Studente
- occupato
- disoccupato
- inattivo (che non ha mai lavorato/non in cerca di lavoro)

CHIEDE



- di beneficiare del contributo di cui all'art. 11 della L.R. 25/2014, ai sensi della DGR n. 252/2026;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

1) la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute nel periodo 01.11.2024/31.10.2025 per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

.....

per un totale di € _____

2) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da.....importo di €.....);

Dichiara inoltre che le coordinate del conto corrente su cui percepire il contributo sono le seguenti:



**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del Regolamento 2016/679/UE “GDPR”**

L’Unione Montana dei Sibillini La informa sulle modalità di trattamento dei dati da lei forniti. Titolare del trattamento dati è l’Unione Montana dei Sibillini, nella persona del Legale Rappresentante, Dott.ssa Francesca Grilli. Responsabile della Protezione dei Dati (esterno) è “NEW SYSTEM SRL” P.IVA 01153990443 Sede Legale: Via Brodolini n. 58/B Comune di Falerone CAP 63837 email: protezionedati@new-system.it PEC: newsystemsrl@exmailpec.it ; soggetto individuato, quale Referente, per il Titolare/Responsabile: Alberto Cruciani.

Le finalità del trattamento cui sono destinati i dati, nell’ambito di questo procedimento, sono strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell’Ente e la base giuridica del trattamento (ai sensi degli articoli 6 e/o 9 del Regolamento 2016/679/UE), è la L.R. n. 25/2014 – art. 11- DGR n. 252/2026 – DDS n. 53 del 30/03/2026.

I dati potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

I dati sono raccolti dall’Unione Montana dei Sibillini/ Ambito Territoriale Sociale 24 e trasmessi alla Regione Marche. Il periodo di conservazione, ai sensi dell’articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Potrà accedere ai dati personali che La riguardano chiedendone la rettifica, l’aggiornamento e l’integrazione, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento.

L’interessato ha l’obbligo di fornire i dati personali necessari per l’espletamento dell’istruttoria e la concessione del contributo per cui si fa domanda. In caso di mancato conferimento non sarà possibile concedere il contributo.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ in via _____ C.F.

DICHIARA

- Di aver preso visione della presente informativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Santa Vittoria in Matenano, lì

FIRMA

- Allega fotocopia di documento d’identità in corso di validità.