



UNIONE EUROPEA



REGIONE CALABRIA



REPUBBLICA ITALIANA

PAC CALABRIA 2007/2013

Scheda Politiche del Lavoro III.6

Progetto Includi Calabria

Schema di Avviso pubblico per la concessione di contributi alle persone con Disturbi dello Spettro Autistico

1. FINALITÀ E RISORSE	3
1.1 FINALITÀ E OBIETTIVI.....	3
1.2 OGGETTO DELL'AVVISO.....	3
1.3 DOTAZIONE FINANZIARIA.....	3
1.4 RIFERIMENTI NORMATIVI E AMMINISTRATIVI DELL'AVVISO.....	3
2. SOGGETTI DESTINATARI/RICHIEDENTI - REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ	4
2.1 SOGGETTI DESTINATARI/RICHIEDENTI E REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ.....	4
3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO E SPESE AMMISSIBILI.....	4
3.1 ENTITÀ DEL CONTRIBUTO.....	4
3.2 DETTAGLIO SERVIZI AMMISSIBILI.....	5
3.3 ADEMPIMENTI E RUOLO DEI SOGGETTI COINVOLTI.....	5
4. PROCEDURE	8
4.1 INDICAZIONI GENERALI SULLA PROCEDURA	8
4.2 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.....	8
4.3 TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE	9
4.4 MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA DOMANDA.....	9
4.5 APPROVAZIONE DEGLI ESITI DELLA VALUTAZIONE.....	9
4.6 GESTIONE DELLE ECONOMIE	9
5. CONTROLLI E REVOCHE	9
5.1. CONTROLLI.....	9
5.2. VARIAZIONI ALL'OPERAZIONE FINANZIATA	10
5.3. CAUSE DI DECADENZA.....	10
5.4. REVOCA DEL CONTRIBUTO.....	10
5.5. RINUNCIA AL CONTRIBUTO	10
6. DISPOSIZIONI FINALI.....	11
6.1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	11
6.2. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	11
6.3. FORME DI TUTELA GIURISDIZIONALE	11
6.4. INFORMAZIONI E CONTATTI	11
6.5. RINVIO	11
ALLEGATI	11
ALLEGATO 1: MODELLO PER LA DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO.....	12
ALLEGATO A1: RIEPILOGO DELLE SPESE SOSTENUTE	15
ALLEGATO A2: PREVENTIVO SPESE DA SOSTENERE.....	19
ALLEGATO 2: FORMAT PER LA RENDICONTAZIONE DELLE SPESE AMMESSE A FINANZIAMENTO	22
ALLEGATO 3: FORMAT DI ATTESTAZIONE A CURA DELL'EROGATORE DEL SERVIZIO.....	26

1. Finalità e risorse

1.1 Finalità e obiettivi

1. La Regione Calabria ha adottato con DGR 489 del 14 ottobre 2022 il Progetto Includi Calabria finalizzato anche al sostegno di famiglie in cui sono presenti figli affetti da autismo PAC 2007/2013;
2. Con il presente Avviso, il comune di San Giovanni in Fiore capofila dell'Ambito Territoriale n.3 di San Giovanni in Fiore in esecuzione della DGR 489 del 14 ottobre 2022 della Regione Calabria n. del e del DD n. 15751 del 02/12/2022 del Settore 02 lavoro e welfare della Regione Calabria rende note le procedure per accedere al contributo regionale da parte dei nuclei familiari in cui sono presenti persone con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) per la fruizione di servizi che applicano metodi educativi/comportamentali riconosciuti dall'Istituto Superiore di Sanità.
3. Scopo dell'intervento è sostenere i nuclei familiari nella loro opera di cura e di assistenza dei familiari con disturbi dello spettro autistico, al fine di:
 - a. favorire l'inclusione, la socializzazione ed il miglioramento della qualità della vita dei soggetti destinatari finali dell'intervento,
 - b. abbattere il costo di frequenza dei servizi per le famiglie a basso reddito.

1.2 Oggetto dell'avviso

1. Il presente avviso prevede la concessione di un contributo economico a copertura totale o parziale, dei costi sostenuti dai nuclei familiari in cui sono presenti persone con disturbi dello spettro autistico per la fruizione, nel corso del periodo di cui al successivo paragrafo 3.1, di servizi che applicano metodi educativi/comportamentali riconosciuti dall'Istituto Superiore di Sanità ed erogati da operatori specializzati.
2. Il presente avviso prevede una procedura a sportello per la verifica di ammissibilità delle istanze.

1.3 Dotazione finanziaria

1. La dotazione finanziaria disponibile per l'Ambito Territoriale di San Giovanni in Fiore per il presente avviso, come da DD di riparto n. 15751 del 02/12/2022 del Settore 02 della Regione Calabria, è pari a:
 - € 25.000,00 a valere sulla scheda intervento III.6 "Politiche attive del lavoro" del del PAC Calabria 2007/2013;
2. Le risorse finanziarie potranno essere integrate, mediante eventuali fondi e dotazioni aggiuntive ove si rendessero disponibili, nel rispetto delle caratteristiche ed entità del contributo di cui al presente avviso, al fine di aumentare l'efficacia dell'intervento finanziario, tramite apposito provvedimento.

1.4 Riferimenti normativi e amministrativi dell'avviso

- L'Avviso è emanato in attuazione della seguente normativa comunitaria, nazionale e regionale e dei relativi provvedimenti amministrativi attuativi ai quali i destinatari/ richiedenti dovranno conformarsi:
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e ss.mm.ii;
- Legge 328/2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- D.M. 308/2001- Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328";
- L.R. 26/11/2003 n. 23- "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della L.328/00), da ultimo modificata con L.R. n. 26 del 3.8.2018;

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 503 del 25.10.2019, pubblicata sul BUR Calabria n. 133 del 29.11.2019 - Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i.;
- Regolamento n. 22/2019 - Procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità”;
- Piano Sociale Regionale 2020-2022;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n.489 del 14.10.2022 "Piano di Azione e Coesione (PAC) Calabria 2007-2013. Approvazione rimodulazione scheda intervento I.1, II.1.4, II.2.1, II.17, III.6, III.11, I.2, II.1.3, I.3.1. Approvazione rimodulazione del piano finanziario.
- Linea Guida 21 “Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti” – Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità

2. Soggetti destinatari/richiedenti - requisiti di ammissibilità

2.1 Soggetti destinatari/richiedenti e requisiti di ammissibilità

1. Sono destinatari del presente avviso le persone con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico. Possono presentare domanda di accesso al contributo, i soggetti destinatari in possesso di tutti i requisiti di seguito indicati.
 - Essere residente in uno dei comuni componenti l’Ambito Territoriale di San Giovanni in Fiore¹
 - avere un ISEE (del nucleo familiare) inferiore o pari a € 30.000,00;
 - avere una certificazione di diagnosi di disturbo dello spettro autistico rilasciata da una struttura pubblica.
2. Il possesso dei requisiti di cui al precedente comma 1 è attestato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 all’atto di presentazione del Modulo di Domanda di cui all’Allegato 1 al presente Avviso.
3. Nel caso in cui il destinatario sia un minore di età o sia un soggetto interdetto o inabilitato con provvedimento giurisdizionale o al quale sia stato assegnato un Amministratore di Sostegno, la domanda di contributo potrà essere prodotta da uno o da entrambi i genitori o dal tutore/curatore/Amministratore di sostegno.
4. I requisiti sopra descritti dovranno permanere in capo al destinatario (soggetto con DSA) per l’intera durata di erogazione del contributo.
5. La non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la revoca dal contributo, ferma restando la restituzione di quanto indebitamente percepito e le sanzioni previste dalla legislazione vigente.
6. In caso di richiesta di più di un contributo per lo stesso nucleo familiare deve essere presentata una domanda per ogni componente del nucleo con DSA.
7. In ogni caso saranno considerati prioritari nell’ammissione agli interventi economici, i nuclei familiari che non beneficiano di altri contributi (Fondo Caregiver, Fondo Gravissimi e Fondo FNA).

3. Entità del contributo e spese ammissibili

3.1 Entità del contributo

1. Il sostegno economico, inteso quale contributo alla spesa sostenuta dalla famiglia per i programmi comportamentali ed educativi di cui al punto 3.2, viene concesso ai destinatari in possesso dei requisiti di cui al punto 2.1.
2. Il contributo concedibile è pari **ad € 5.000,00** (periodo 01/01/2022 – 31/10/2023) **per ciascun**

¹ ELENCO COMUNI COMPONENTI AMBITO DI SAN GIOVANNI IN FIORE: SAN GIOVANNI IN FIORE, CACCURI, CASTELSILANO, CERENZIA,SAVELLI

soggetto con DSA presente nel medesimo nucleo familiare per ciascuna delle annualità previste dal presente avviso (2022 – 2023). Più in dettaglio, il contributo concedibile è così articolato:

-
- fino ad un massimo di € 5.000,00 per le spese già sostenute all'atto della pubblicazione dell'avviso e/o da sostenere sino al 31.12.2022 per l'acquisto di servizi indicati al punto 3.2 dell'avviso.
 - fino ad un massimo di € 5.000,00 per le spese da sostenere nel 2023 (dal 1° gennaio 2023 al 31 ottobre 2023) per l'acquisto di servizi indicati al punto 3.2 dell'avviso.
3. In caso di nuclei familiari in cui siano presenti, da stato di famiglia, più persone aventi i requisiti richiesti per accedere alla presente iniziativa, è possibile presentare istanza per ciascuno di essi.

3.2 Dettaglio servizi ammissibili

1. I richiedenti sono ammessi al rimborso delle spese sostenute per la fruizione di servizi erogati da operatori pubblici o privati, o da strutture pubbliche o private che applicano metodi mirati a intervenire sulle problematiche della persona con DSA per migliorarne la capacità di adattamento alla vita quotidiana, in coerenza con le raccomandazioni previste dalle *Linee Guida 21 (LG21) Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti* dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici.
2. Non sono in ogni caso ritenute ammissibili le spese:
 - a) relative ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto;
 - b) sostenute per interventi e attività a carattere sanitario;
 - c) trattandosi di misure a sostegno della domiciliarità, per persone ricoverate in struttura residenziale in regime di lungodegenza;
 - d) già coperte da altre risorse pubbliche (es: esenzioni, contributi, rimborsi, voucher o buoni servizi; ecc.);
 - e) sostenuti in periodi non ricompresi nell'arco temporale di ammissibilità è quello riferibile alle finestre di partecipazione all'avviso;
 - f) non ricompresi nel Progetto Individuale per come definito al punto 3.3.
3. Il sostegno economico assume la forma di contributo alla spesa già sostenuta dai destinatari/richiedenti nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2022 e il 30 dicembre 2022, entro comunque i limiti del contributo massimo concedibile pari a euro **5.000,00 annui per ciascun soggetto con DSA per ciascuna delle annualità previste dal presente avviso (2022 – 2023).**
4. Il servizio sociale professionale del comune Capofila dell'Ambito Territoriale di riferimento del richiedente provvederà alla valutazione multidimensionale del destinatario.
5. Il contributo sarà erogato solo a seguito della definizione del Progetto Individuale.
6. I contributi di cui al presente Avviso non possono essere utilizzati per la remunerazione di servizi fruiti dagli stessi destinatari e già pagati o rimborsati con risorse pubbliche. Il divieto di duplicazione del finanziamento si applica indipendentemente dal fatto che il sostegno sia finanziato con risorse statali o dell'Unione Europea.

3.3 Adempimenti e ruolo dei soggetti coinvolti

1. È di seguito descritta la procedura prevista per l'avvio e la realizzazione degli interventi indicando, tra i diversi soggetti coinvolti, il responsabile principale.

A. Accesso alla misura

Le attività relative alla ricezione e valutazione delle domande, alla concessione e revoca dei contributi, nonché le attività relative alla gestione finanziaria, comprensiva delle erogazioni ai destinatari/richiedenti, dei controlli amministrativi, fisico-tecnici ed economico finanziari sono svolte dal Comune Capofila dell'Ambito Territoriale a cui appartiene il comune di residenza del nucleo familiare richiedente, secondo quanto previsto ai pertinenti articoli del presente avviso pubblico.

I destinatari/richiedenti interessati devono presentare domanda al Comune Capofila dell'Ambito esclusivamente utilizzando il modello di domanda allegato all'avviso pubblico (Allegato 1) compilato tassativamente in ogni sua parte e presentata, a pena di esclusione, attraverso (*descrivere modalità a cura del Comune Capofila dell'Ambito*)

Il servizio sociale del Comune Capofila dell'Ambito Territoriale verifica i requisiti di accesso autocertificati in domanda dal richiedente/beneficiario descritti al punto 2.1 dell'avviso e protocolla (*descrivere modalità a cura del Comune Capofila dell'Ambito*).

La presenza dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici che è soggetto alla disponibilità finanziaria dell'Ente e al parere positivo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

B. Valutazione multidimensionale e definizione del Progetto Individuale

Il servizio sociale professionale del Comune Capofila dell'Ambito Territoriale provvederà alla valutazione multidimensionale del destinatario. Ai fini della valutazione dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- a. attestazione ISEE in corso di validità e DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) relativa al nucleo familiare di appartenenza;
- b. copia documentazione attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico rilasciata da struttura pubblica competente;
- c. dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi del DPR n° 445/2000, delle provvidenze economiche (pensioni, indennità, assegni) percepite dalla persona con diagnosi di DSA;
- d. ove ne ricorrano i presupposti: copia del provvedimento di nomina del tutore/amministratore di sostegno/curatore;
- e. Eventuale delega alla compilazione della domanda di richiesta del contributo;
- f. Eventuale delega alla riscossione del contributo.

Il servizio sociale del Comune Capofila dell'Ambito Territoriale provvederà alla valutazione multidimensionale attraverso le seguenti fasi:

- a. Valutazione Multidimensionale della persona;
- b. definizione del Progetto Individuale;
- c. definizione del valore del contributo;
- d. comunicazione formale esito dell'istruttoria al richiedente.

Il Progetto Individuale dovrà contenere:

- a. l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona;
- b. la descrizione degli obiettivi fondamentali realizzabili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona;
- c. la descrizione degli interventi di sostegno e prestazioni assicurate da Enti pubblici o privati;
- d. la descrizione degli interventi da sostenere con il contributo di cui al presente avviso.

Il contributo sarà erogato solo a seguito della definizione del Progetto Individuale.

Per i richiedenti che abbiano già avuto una Valutazione Multidimensionale da non più di 12 mesi, se la situazione sociale e sanitaria non ha subito modifiche, il Progetto Individuale potrà essere integrato, ove necessario, con l'inserimento di uno o più servizi individuati tra quelli ammissibili ai sensi dell'art. 3.2.

C. Verifica della disponibilità economica

Il Comune capofila dell'Ambito Territoriale verifica la disponibilità economica necessaria alla copertura degli interventi che si intendono attivare e ne darà formale comunicazione al richiedente per l'avvio degli interventi.

In caso di insufficienza delle risorse e di presenza di domande consegnate nella medesima data, verranno finanziate prioritariamente le richieste presentate da nuclei familiari aventi un valore dell'ISEE inferiore.

D. Avvio e realizzazione degli interventi

L'avvio e la realizzazione degli interventi previsti nel Progetto Individuale sono a cura del richiedente (soggetto con DSA) in quanto titolare degli interventi in esso contenuti. La realizzazione avverrà secondo i tempi e le modalità sottoscritte nel Progetto Individuale.

Il contributo sarà assegnato successivamente alla stesura del Progetto Individuale e del preventivo delle spese condiviso, possibilmente, sia con il familiare sia con il soggetto erogatore. È compito della famiglia comunicare l'avvio ed eventuale conclusione degli interventi.

I destinatari/richiedenti ammessi al contributo di cui al presente avviso, che abbiano avuto

validato/prorogato il Progetto Individuale sottoscritto nell'annualità precedente possono richiedere il rimborso delle spese già effettuate per l'anno 2022 per i servizi indicati al punto 3.2, previa rendicontazione delle spese sostenute.

E. Monitoraggio e verifica

Il Progetto Individuale potrà essere modificato e/o integrato in seguito a richiesta del destinatario/richiedente o suo familiare di riferimento oppure revocato al variare delle condizioni. Eventuali modifiche sostanziali intervenute durante il periodo di realizzazione del Progetto Individuale dovranno essere comunicate tempestivamente dal richiedente al comune capofila dell'Ambito Territoriale ai fini di un'eventuale rivalutazione del bisogno, pena la non ammissibilità delle stesse modifiche in sede di verifica del progetto. È prevista una verifica finale da parte del servizio.

F. Modalità di erogazione delle risorse e relativa documentazione giustificativa

È compito del richiedente ammesso al contributo presentare al servizio sociale del comune Capofila dell'Ambito Territoriale la documentazione comprovante le spese sostenute, da consegnare ogni tre mesi. Le spese dovranno essere coerenti con gli interventi declinati nel Progetto Individuale.

A seguito della verifica della documentazione, comune Capofila dell'Ambito Territoriale provvede alla rendicontazione della spesa ai fini della liquidazione del contributo, che avverrà di norma con cadenza trimestrale. Non potranno essere erogati contributi di entità superiore alla spesa effettivamente dimostrata mediante specifica documentazione. Il valore massimo di contributi riconosciuti ad una singola persona per tutti gli interventi definiti dal Progetto Individuale non può superare la soglia massima di cui al punto 3.1 comma 2.

L'erogazione delle risorse al richiedente ammesso al contributo avverrà in conformità alle disposizioni del presente Avviso, delle Linee Guida e di eventuali provvedimenti attuativi e sulla base delle richieste avanzate attraverso l'utilizzo della modulistica disponibile sul sito internet istituzionale e sull'albo pretorio online (www.comune.sangiovanniinfiore.cs.it).

La documentazione di spesa, le richieste di informazioni e le integrazioni documentali devono essere inviate esclusivamente tramite PEC (protocollogeneralesgfiore@asmepec.it).

La documentazione di spesa relativa al pagamento dei servizi ammessi che andrà prodotta ai fini della rendicontazione deve essere intestata al soggetto con DSA o, se minore o inabilitato o interdetto, ai rappresentanti legali (tutore/curatore/amministratore di sostegno) dello stesso.

Il Comune Capofila dell'Ambito Territoriale verifica la correttezza delle dichiarazioni rese utilizzando i modelli allegati al presente avviso (**Allegato 2 e Allegato 3**) nonché la congruità amministrativa e tecnica in termini di ammissibilità delle spese e rispondenza alle finalità di legge.

Il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al destinatario della misura. Nel caso in cui il destinatario sia un minore di età o sia un soggetto interdetto o inabilitato con provvedimento giurisdizionale o al quale sia stato assegnato un Amministratore di Sostegno, il contributo potrà essere accreditato sul conto corrente intestato ad uno o a entrambi i genitori o al tutore/curatore/Amministratore di sostegno.

Per ragioni di tracciabilità, non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti o libretti postali.

I soggetti ammessi al contributo di cui al presente avviso che abbiano, nel periodo intercorrente dal 01/01/2022 alla data di pubblicazione del presente avviso, già fruito dei servizi indicati al punto 3.2, possono richiedere il rimborso delle spese effettuate sulla base della documentazione fiscale rilasciata dai servizi, previa rendicontazione delle spese sostenute al comune Capofila dell'Ambito Territoriale.

Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà immediatamente dal contributo concessogli, con obbligo di restituzione delle somme fino a quel momento indebitamente percepite.

È inoltre facoltà della Regione Calabria effettuare visite e controlli in loco, anche senza preavviso, nonché effettuare controlli desk, in ogni fase di gestione della misura, su richiesta delle strutture regionali o su segnalazione da parte dei destinatari o di persone informate.

4. Procedure

4.1 Indicazioni generali sulla procedura

1. La procedura è attuata e gestita con modalità a sportello con due finestre temporali di seguito indicate in considerazione delle somme ancora disponibili a seguito dell'approvazione della prima graduatoria anno 2022:
 - a. I finestra dal 27-01-2023 al 15-02-2023 per le domande relative alle spese imputabili all'anno 2022 (periodo di imputabilità 01.01.2022 - 31.12.2022) per l'acquisto di servizi indicati al punto 3.2 dell'avviso;
 - b. Il finestra dal 01-03-2023 al 15-11-2023 per le domande relative alle spese imputabili all'anno 2023 (periodo di imputabilità 01.01.2023 – 31.10.2023) per l'acquisto di servizi indicati al punto 3.2 dell'avviso.
2. Le attività relative alla ricezione e valutazione delle domande, alla concessione e revoca dei contributi, nonché le attività relative alla gestione finanziaria, comprensiva delle erogazioni ai richiedenti ammessi al contributo, dei controlli amministrativi, fisico-tecnici ed economico finanziari sono svolte dal Comune Capofila dell'Ambito Territoriale in cui risiede il nucleo familiare che presenta la domanda di contributo.
3. In caso di richiesta di più di un contributo per lo stesso nucleo familiare deve essere presentata una domanda per ogni componente del nucleo con DSA. Nella domanda si dichiara sotto la propria responsabilità che la persona per la quale si richiede il contributo è in possesso dei requisiti indicati al punto 2.1 che danno diritto ad accedere ai sostegni.
4. Le domande saranno finanziate fino ad esaurimento delle risorse disponibili di cui al par. 1.3 del presente Avviso.
5. L'Avviso, con la relativa modulistica, è consultabile sul sito web del Comune di San Giovanni in Fiore e sull'albo pretorio online (www.comune.sangiovanniinfiore.cs.it) e sul sito <https://calabriaeuropa.regione.calabria.it/> della Regione Calabria.

4.2 Modalità di presentazione della domanda

1. I destinatari/richiedenti devono presentare domanda al Comune Capofila dell'Ambito Territoriale esclusivamente utilizzando il modello di domanda allegato al presente avviso (**Allegato 1**) compilato tassativamente in ogni sua parte e presentata, a pena di esclusione, attraverso pec: protocollogeneralesgfiore@asmepec.it, oppure brevi manu in busta chiusa presso l'ufficio protocollo del Comune di San Giovanni in Fiore (piazza Matteotti) indicando nell'oggetto "Includi Calabria"
2. Alla domanda dovrà essere allegata a pena di nullità la seguente documentazione:
 - a) dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000, relativa alla data e luogo nascita, allo stato di famiglia ed alla residenza della persona in favore della quale viene richiesta l'erogazione del contributo;
 - b) copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente come previsto al paragrafo 2.1. Per i cittadini non comunitari, copia del permesso/carta di soggiorno in corso di validità;
 - c. ove soggetto differente dal richiedente, copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del soggetto destinatario dei servizi (persona con DSA). Per i cittadini non comunitari, copia del permesso/carta di soggiorno in corso di validità;
 - d. riepilogo delle spese sostenute per i servizi indicati al punto 3.2, utilizzando il formato di cui all'Allegato A1 al presente avviso per i nuclei familiari che abbiano già sostenuto spese nel periodo che va dal'01.01.2022 alla pubblicazione del presente avviso;
 - e. preventivo delle spese da sostenere, nell'annualità di riferimento, redatto secondo l'Allegato A2 se richieste;
3. La documentazione dovrà essere allegata all'istanza di accesso al contributo presentata in modalità telematica tramite pec protocollogeneralesgfiore@asmepec.it, oppure brevi manu in busta chiusa presso l'ufficio protocollo del Comune di San Giovanni in Fiore (piazza Matteotti) indicando nell'oggetto "Includi Calabria".
4. La domanda è resa dal sottoscrittore nella forma dell'autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e con le responsabilità previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso Decreto.

5. In caso di richiesta di più di un contributo per lo stesso nucleo familiare deve essere presentata una domanda per ogni componente del nucleo con DSA (destinatario).

4.3 Termini di presentazione delle domande

1. Le domande potranno essere presentate a partire dalle ore 14:00 del 1° giorno dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito www.comune.sangiovanniinfiore.cs.it e fino alle ore 23:59 del giorno di apertura dei termini per la presentazione (15 febbraio 2023).
2. L'amministrazione si riserva di riaprire termini della finestra temporale di presentazione delle domande.
3. Le domande inviate al di fuori dei termini previsti di cui al comma 1 sono considerate **irricevibili**.

4.4 Modalità di valutazione della domanda

1. Le domande di accesso al contributo presentate dai richiedenti saranno esaminate dal Comune Capofila dell'Ambito sulla base dei seguenti elementi:
 - a) Ricevibilità:
 - inoltro della domanda nei termini e nelle forme previste dal presente Avviso;
 - completezza e regolarità della domanda e degli allegati;
 - rispetto delle condizioni di cui al punto 2.1.
 - b) Ammissibilità:
 - Sussistenza di tutti i requisiti di ammissibilità di cui al punto 2.1
2. La **verifica della ricevibilità ed ammissibilità delle domande di contributo**, in conformità con quanto al precedente comma 1, lettere a) e b) è effettuata entro 10 giorni dalla data di presentazione della domanda di contributo.

4.5 Approvazione degli esiti della valutazione

1. Gli elenchi delle istanze ammesse e finanziabili e non finanziabili, nonché delle operazioni non ammesse e delle relative motivazioni, saranno pubblicati sul sito istituzionale www.comune.sangiovanniinfiore.cs.it.
2. A tutti i richiedenti verrà data comunicazione dell'esito della loro richiesta all'indirizzo mail indicato all'atto della domanda.
3. Avverso gli elenchi vi è la possibilità di esercitare il diritto di accesso ai sensi della Legge 241/90. I soggetti non ammessi per mancanza dei requisiti potranno entro 30 gg dalla pubblicazione degli elenchi inviare richiesta di revisione. Nella richiesta di revisione andranno indicati i motivi per i quali si ritiene di essere in possesso dei requisiti allegando l'eventuale documentazione comprovante la sussistenza degli stessi.
4. I richiedenti le cui domande saranno dichiarate ammesse e finanziabili riceveranno comunicazione via mail e verranno poi contattati dai Servizi Sociali Professionali del Comune Capofila dell'Ambito Territoriale per la definizione del Progetto Individuale secondo quanto stabilito al punto 3.2.
5. La presenza dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento del contributo che è soggetto alla disponibilità finanziaria dell'Ente e al parere positivo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale per come descritto al paragrafo 3.3.
6. In caso di insufficienza delle risorse e di presenza di domande consegnate nella medesima data, verrà data precedenza alle richieste formulate da nuclei familiari aventi un valore ISEE inferiore.

4.6 Gestione delle economie

1. Le domande ammesse, ma sprovviste in tutto o in parte di copertura finanziaria, potranno essere finanziate con le economie rese successivamente disponibili, nel rispetto dell'ordine cronologico di presentazione delle domande.
2. Per il finanziamento e l'attuazione delle operazioni finanziate con le economie si applicano le pertinenti disposizioni dell'Avviso Includi Calabria.

5. Controlli e revoche

5.1. Controlli

1. Il Comune Capofila dell'Ambito Territoriale di San Giovanni in Fiore si riserva il diritto di

esercitare, in ogni tempo, con le modalità che riterrà opportune, verifiche e controlli sulle informazioni fornite, sull'avanzamento finanziario, procedurale e fisico dell'intervento, oltre che il rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente, nonché dal presente Avviso e atti collegati e la veridicità delle dichiarazioni e informazioni prodotte dai soggetti erogatori e destinatari.

2. Il comune Capofila dell'Ambito Territoriale di_rimane estraneo ad ogni rapporto comunque nascente con terzi in dipendenza della realizzazione dell'intervento. Le verifiche effettuate riguardano esclusivamente i rapporti che intercorrono con il soggetto erogatore.
3. Il richiedente ammesso al contributo deve conservare e rendere disponibile la documentazione relativa all'intervento, nonché consentire le verifiche in loco, a favore delle autorità di controllo.
4. In caso di verifica, in sede di controllo, del mancato pieno rispetto delle discipline UE, nazionali e regionali, anche se non penalmente rilevanti, si procederà alla **revoca totale del contributo e al recupero delle eventuali somme già erogate.**

5.2. Variazioni all'operazione finanziata

1. Il richiedente ammesso al contributo ha l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione che comporti il venir meno dei requisiti di accesso. Il richiedente ammesso al contributo decade dal contributo dal primo giorno del mese successivo a quello in cui vengono meno le condizioni che hanno determinato il diritto all'assegnazione.
2. Nel corso dell'attuazione il richiedente ammesso al contributo può presentare richiesta, adeguatamente motivata, di variazione dell'intervento che può riguardare:
 - a. l'erogatore del servizio;
 - b. la durata dell'intervento.
3. Il richiedente ammesso al contributo inoltra al comune capofila dell'Ambito Territoriale l'istanza di variazione, adeguatamente motivata, prima di mettere in atto le modifiche, al fine di valutare la variazione richiesta.
4. In caso di assenza di preventiva richiesta di variazione o di mancata approvazione, l'Amministrazione si riserva la facoltà di decidere la revoca del contributo.
5. Il contributo verrà definitivamente sospeso in caso di decesso del destinatario con DSA. Inoltre, il contributo verrà definitivamente sospeso anche nel caso di attivazione di altro beneficio/misura incompatibile con lo stesso. Di tale provvedimento è data comunicazione all'Ufficio Affari Generali (affarigeneralisgfiore@asmepec.it) del comune capofila dell'Ambito Territoriale.

5.3. Cause di decadenza

1. I richiedenti ammessi al contributo (di cui al punto 2.1) decadono dal contributo concesso, con conseguente revoca dello stesso, nei seguenti casi:
 - a) contributo concesso sulla base di dati, notizie o dichiarazioni rese, false, inesatte o reticenti ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., ferme restando le conseguenze previste dalle norme penali vigenti in materia;
 - b) perdita o mancanza dei requisiti di ammissibilità, richiesti a pena di decadenza dall'Avviso al momento della presentazione della domanda;
 - c) ricovero del destinatario definitivo in residenza sanitaria.

5.4. Revoca del contributo

1. Sono motivi di revoca totale del contributo:
 - a) la perdita dei requisiti di ammissione durante l'attuazione dell'intervento e di rendicontazione finale delle spese sostenute;
 - b) l'inerzia, intesa come mancata realizzazione dell'intervento, e/o realizzazione difforme da quella autorizzata;
 - c) l'accertata causa di decadenza, per indebita percezione del contributo per carenza dei requisiti essenziali o per irregolarità della documentazione prodotta comunque non sanabili e imputabili al destinatario, ovvero confermati con provvedimento definitivo (per dolo o colpa grave).

5.5. Rinuncia al contributo

1. Il richiedente ammesso al contributo può rinunciare al contributo concesso inviando una

comunicazione via PEC al seguente indirizzo: protocollogeneralesgfiore@asmepec.it.

6. Disposizioni finali

6.1. Trattamento dei dati personali

1. I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal presente Avviso in conformità a quanto previsto da Regolamento UE 216/679 (GDPR).

6.2. Responsabile del procedimento

1. Il responsabile del procedimento, ai sensi della Legge n. 241/90 è l'avv. Filomena Bafaro, funzionario e responsabile dell'Ufficio di Piano Sociale.
2. Il diritto di accesso agli atti e documenti del procedimento oggetto del presente avviso può essere esercitato, mediante richiesta scritta motivata al responsabile del procedimento anche attraverso l'indirizzo di posta elettronica protocollogeneralesgfiore@asmepec.it

6.3. Forme di tutela giurisdizionale

1. Avverso l'avviso e i provvedimenti attuativi, relativi al procedimento di concessione del contributo i soggetti interessati potranno presentare ricorso giurisdizionale nei modi e termini di legge.

6.4. Informazioni e contatti

1. Per informazioni e chiarimenti sull'avviso e sulle relative procedure è possibile contattare:
Avv. Filomena Bafaro-
Indirizzo email: affarigeneralisgfiore@asmepec.it
Numero telefonico: 0984977111
2. Le informazioni e i chiarimenti potranno essere richiesti fino a tre giorni prima della data di scadenza dell'avviso.

6.5. Rinvio

1. Per quanto non esplicitato dal presente avviso, si rinvia alla normativa e agli atti amministrativi citati al par. 1.4 e alle disposizioni emanate dall'Autorità di Coordinamento del PAC Calabria 2007/2013 che costituiscono disposizioni vigenti per i partecipanti al presente avviso.

ALLEGATI

Allegato 1: Modello per la domanda di accesso al contributo

Allegato A1: Riepilogo delle spese sostenute

Allegato A2: Preventivo spese da sostenere

Allegato 2: Format per la rendicontazione delle spese ammesse a finanziamento

Allegato 3: Format di attestazione erogatore del servizio

Allegato 1: Modello per la domanda di accesso al contributo

Spett.le Comune Capofila

sede

PAC CALABRIA 2007/2013

Oggetto: Domanda di contributo

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

.....

nato/a a prov il

..... Codice Fiscale..... residente

in via n.civ. Prov. CAP.....

Telefono..... E-mail..... PEC _____

nella qualità di (selezionare la casella di interesse) richiedente

oppure

genitore tutore curatore amministratore di sostegno - del soggetto interessato di seguito indicato:

Nome e cognome nato/a

..... il..... residente a

..... in via n..... C.F.

.....

CHIEDE

L'erogazione del contributo economico forfettario previsto dall'avviso in favore delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico relativamente all'annualità_____.

A tal fine, il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di possedere i requisiti di cui al punto 2.1 dell'avviso pubblico " _____ "
- che il valore ISEE dell'attestazione riferita al proprio nucleo familiare rilasciata nell'anno 2021 e in corso di validità, è pari a € ;

-
- di non essere beneficiario di altri contributi (Fondo Caregiver , Fondo Gravissimi e Fondo FNA)
- di essere beneficiario di contributi a valere sul fondo_____per un importo di €_____
- di non percepire altre risorse (es: esenzioni, contributi, rimborsi, voucher o buoni servizi; ecc.) a copertura del costo dei medesimi servizi per i quali si produce la presente istanza di ammissione al contributo;
- di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere a conoscenza e di accettare incondizionatamente le prescrizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di acconsentire all'eventuale utilizzazione dei dati forniti nella domanda per le comunicazioni alla Regione Calabria;
- di essere disponibile a fornire eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Amministrazione e in caso di controlli, dalle autorità e organismi preposti;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa di cui al Reg. Generale UE sulla protezione dei dati personali (GDPR) n. 2016/679 e dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
- di impegnarsi a comunicare con tempestività eventuali variazioni e/o perdita dei requisiti per l'accesso al contributo che riguardano la situazione familiare, economica o patrimoniale e assistenziale della persona con DSA e del nucleo familiare.

Ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione, si allega:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000, relativa alla data e luogo nascita, allo stato di famiglia ed alla residenza della persona in favore della quale viene richiesta l'erogazione del contributo;
- Copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente;
- Copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del soggetto destinatario dei servizi (persona con DSA). Per i cittadini non comunitari, copia del permesso/carta di soggiorno in corso di validità,
- Preventivo delle spese da sostenere nell'annualità di riferimento (Allegato A2);
- **Ove ne ricorrano i presupposti: riepilogo delle spese sostenute (anno 2022);**
- ove ne ricorrano i presupposti: copia del provvedimento di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno; Eventuale delega alla compilazione della domanda di richiesta del contributo; Eventuale delega alla riscossione del contributo.

Firma del dichiarante

Luogo e data

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, alla domanda sottoscritta deve essere allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità, dei sottoscrittori

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di _____ Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di _____ in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation - GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è:

Il Comune di _____ Capofila Ambito Territoriale Sociale di _____ con sede in _____ e il delegato al trattamento è il _____

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è:

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede _____.

La casella di posta elettronica è _____

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. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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 dal Comune di _____ Capofila _____ dell'Ambito Territoriale Sociale e trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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.

Allegato A1: Riepilogo delle spese sostenute

(dal 01/01/2022 alla data di pubblicazione ai sensi del punto 4.2, comma 3 del presente avviso)

Il presente modulo **deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.**

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

Indirizzo sede

legale.....

Partita Iva/C.

F.....

Telefono.....

Indirizzo mail

SPESE IN FAVORE DI:

DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome

nato/a

a..... il.....

Residente a..... in

via.....

SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE²

Servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

² Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4).....

OBIETTIVI DEL SERVIZIO:

- 1).....
- 2)

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Periodo (da - a)	Motivazione
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro

COSTO SERVIZI EROGATI:

- 1) Tariffa oraria ordinaria: €..... + aliquota IVA
al.....
- 2) Eventuale tariffa oraria festiva: €.....+ aliquota IVA al.....

3) Costo settimanale delle prestazioni: €..... + aliquota IVA al

.....

4) Totale costo settimanale IVA inclusa

€.....

5) Totale spesa annua IVA inclusa

€.....

Data:

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune di _____ Capofila _____ dell'Ambito Territoriale Sociale di _____ in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation - GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è:

Il Comune di _____ Capofila _____ dell'Ambito Territoriale Sociale di _____ con sede in _____ e il delegato al trattamento è il _____

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è:

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede _____.

La casella di posta elettronica è _____

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. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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 dal Comune di _____ Capofila _____ dell'Ambito Territoriale Sociale e trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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.

Allegato A2: Preventivo spese da sostenere

3

Il presente modulo **deve essere compilato dal richiedente il contributo per la misura sopra citata.**

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione.....

Indirizzo sede
legale.....

Partita Iva/C.
F.....

Telefono.....

Indirizzo mail
.....

SPESE IN FAVORE DI:

DATI DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome e Nome
.....

nato/a
a..... il.....

Residente a..... in
via.....

SERVIZI/PRESTAZIONI PREVISTE⁴

servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

⁴ Descrivere brevemente la tipologia di intervento (non farmacologico) utilizzato, al fine di esplicitare la coerenza della prestazione resa con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) dell'Istituto Superiore di Sanità

	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

TIPOLOGIA DI FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE:

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4).....

OBIETTIVI DEL SERVIZIO:

- 1).....
- 2).....

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

PREVENTIVO COSTO SERVIZI

1. Spesa annua stimata: €+ IVA al
.....
2. Totale spesa annua IVA inclusa
€.....

Data:

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune _____ Capofila dell'Ambito Territoriale di _____ in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è:

Il Comune _____ Capofila dell'Ambito Territoriale di _____ con sede in _____ e il delegato al trattamento è il _____

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è:

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede _____.

La casella di posta elettronica è _____

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. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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 dal Comune di _____ Capofila _____ dell'Ambito Territoriale Sociale e trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.m.ii.)

ANNUALITA' DI RIFERIMENTO

2022

2023

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

.....

nato/a a prov il
..... Codice Fiscale..... residente a
..... via n. civ. Prov. CAP.....
Telefono..... E-mail PEC

nella qualità di (selezionare la casella di interesse) richiedente

oppure

genitore tutore curatore amministratore di sostegno di

Nome e cognome nato/a
..... il..... residente a
..... in via n..... C.F.
.....

- vista la domanda, con numero identificativo, ammessa all'erogazione del sostegno economico con atto n....del ;

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per la fruizione di servizi educativi/comportamentali e gli altri trattamenti in coerenza con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti* dell'Istituto

Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici, concordati in sede di valutazione multidimensionale;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

- fattura/ricevuta fiscale n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____;

per un totale di € _____

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle richieste e controlli da parte dell'Ente o di soggetti competenti o dagli stessi delegati;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

Chiede di ricevere il contributo alle seguenti coordinate bancarie

Intestatario conto (nome e cognome)			
Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
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.			

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, alla domanda sottoscritta deve essere allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità, dei sottoscrittori.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR)

Il Comune SAN GIOVANNI IN FIORE Capofila dell'Ambito Territoriale di in conformità al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation - GDPR) La informa sulle modalità di trattamento dei dati da Lei forniti.

Titolare del trattamento è:

Il Comune DI SAN GIOVANNI IN FIORE Capofila dell'Ambito Territoriale di SAN GIOVANNI IN FIORE con sede in PIAZZA MATTEOTTI, SNC, SAN GIOVANNI IN FIORE (CS) e il delegato al trattamento è il Responsabile del Servizio 1 - Avv. Filomena Bafaro.

La casella di posta elettronica, cui potrà indirizzare questioni relative ai trattamenti di dati che La riguardano, è: protocollogeneralesgfiore@asmepec.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati ha sede in PIAZZA MATTEOTTI, SNC, SAN GIOVANNI IN FIORE (CS). La casella di posta elettronica è affarigeneralisgfiore@asmepec.it

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. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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 dal Comune di SAN GIOVANNI IN FIORE Capofila SAN GIOVANNI IN FIORE dell'Ambito Territoriale Sociale e trasmessi alla Regione Calabria.

I dati concernenti l'esito dell'istruttoria saranno comunicati al Comune di residenza per le fasi del trattamento di competenza e non saranno ulteriormente diffusi.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato, ed è 10 anni.

Le competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere al soggetto delegato l'accesso ai dati personali che La riguardano, la rettifica, o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento; potrà inoltre esercitare il diritto alla portabilità dei dati.

Ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede a Roma.

Il conferimento dei dati è necessario per la conclusione dell'istruttoria relativa alla richiesta di contributo di cui alla L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11.

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.

Allegato 3: Format di attestazione a cura dell'erogatore del servizio

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
.....
.....nato/a a prov. il Codice
Fiscale
..... residente a via n. civ.
.....
Prov. CAP..... Telefono..... E-mail PEC

nella qualità di

a) rappresentante legale di con sede
in
..... prov. CAP
Telefono. E-mail PEC

Codice Fiscale.....

PIVA

oppure

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con
qualifica di
..... Codice Fiscale

..... PIVA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/i servizio/i di erogati nel periodo dalal
..... in favore di (nome e cognome)
..... nato/a a
..... prov. il Codice Fiscale
..... residente a via n. civ.
..... Prov. CAP..... Telefono..... E-mail PEC
..... sono coerenti con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) //

trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici.

_____li_____

Firma