

AVVISO PUBBLICO

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ VOLTE ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DI VITA DELLE PERSONE NELLO SPETTRO AUTISTICO
(D.G.R. 289/2023)

Riferimenti Normativi:

Legge Regionale n. 11/2016

Legge 18 agosto 2015, n. 134

Legge Regionale n. 7 – 22/10/2018 e ss. mm.

Regolamento Regionale n. 1 – 15/01/2019 e ss. mm.

Linee Guida dell'istituto superiore di sanità LG21/11

Deliberazione Giunta Regionale n. 75 - 13/02/2018

Deliberazione Giunta Regionale n. 1 - 24/01/2019

Deliberazione Giunta Regionale n. 875 – 26/11/2019

Deliberazione Giunta Regionale n. 357 – 16/06/2020

Deliberazione Giunta Regionale n. 289 – 15/06/2023

Determinazione Dirigenziale Regionale n. G12405 – 21/09/2023

Determinazione Dirigenziale IV Settore Welfare Comune di Tivoli n. 2905 del 29/10/2024

Il Distretto Sociosanitario RM5.3 composto dai comuni di Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, San Gregorio da Sassola, San Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Tivoli e Vicovaro, con ente capofila Tivoli.

Ai sensi della D.G.R. 289/2023 ed in esito ai Tavoli di Co-programmazione e di Co-progettazione emana il presente Avviso pubblico per l'accesso a percorsi volti alla promozione del benessere e della qualità della vita delle persone nello spettro autistico.

1. OGGETTO DELL'AVVISO

Al fine di garantire l'inclusione sociale e il benessere delle persone nello spettro autistico il Distretto sociosanitario RM5.3 intende attivare le seguenti progettualità:

- **Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni.**
Il progetto ha lo scopo di diminuire il rischio di emarginazione e isolamento mediante l'implementazione di occasioni di socializzazione. Verranno proposte in particolar modo attività laboratoriali o attività che possano garantire l'inclusione e la partecipazione attiva a comuni contesti di vita al fine di garantire l'abbattimento di barriere fisiche, psicologiche e sociali.
- **Progetti realizzati con la cooperazione del terzo settore per favorire l'inclusione attraverso attività sociali.**
Gli interventi o le iniziative avranno l'obiettivo di promuovere la socializzazione mediante: percorsi specifici finalizzati alla socializzazione e allo sviluppo delle autonomie, partecipazione ad iniziative ricreative locali, organizzazione di attività sportive e/o attività culturali (come mostre, cinema, teatro), realizzazione di week-end "educativi" e di "solievo per le famiglie".



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5



Comune di Tivoli, Capofila

- **Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa**

La seguente progettualità si pone l'obiettivo di sviluppare le competenze lavorative e favorire la formazione dei giovani e degli adulti nello spettro autistico. In particolar modo si prevede la realizzazione di corsi di formazione oltre il secondo ciclo di istruzione, anche universitari con interventi specializzati di tutoraggio nonché azioni per l'orientamento e l'avviamento al lavoro, anche in forma di tirocini per la riabilitazione e l'inclusione sociale di cui alla DGR 511/2013 ed extracurricolari di cui alla DGR 576/2019.

2. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Il seguente avviso pubblico si rivolge a tutti i residenti nei Comuni del Distretto Sociosanitario RM5.3 (Comune Capofila Tivoli) che alla data di presentazione dell'istanza posseggano i seguenti requisiti:

- Residenza nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Sociosanitario 5.3;
- Essere cittadino italiano oppure cittadino comunitario oppure cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;
- Essere in possesso di una diagnosi specifica nello spettro autistico (nella quale sia riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**).

I requisiti di cui al comma precedente devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda. La sussistenza dei suddetti requisiti dovrà essere asserita mediante comprova documentale e dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

L'amministrazione comunale ricevente la domanda, procederà a verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 71 e 72 del medesimo DPR 445/2000.

3. TERMINI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

L'istanza di partecipazione dovrà pervenire attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato al presente Avviso Pubblico (Modello A).

La domanda andrà consegnata e protocollata presso il proprio Comune di residenza o inviata a mezzo PEC all'indirizzo info@pec.comune.tivoli.rm.it debitamente firmata e datata e completa dei seguenti allegati a pena di esclusione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenni o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

Il presente Avviso **non ha termini di scadenza**, ma rimane aperto fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili per le tre linee di intervento sopra descritte.

4. PROCEDURA ISTRUTTORIA E AMMISSIONE

Le risorse disponibili sono finanziate dal Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità del Ministero per le disabilità di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali di cui al Decreto del 29 luglio 2022.

L'Ufficio di Piano procede all'istruttoria amministrativa delle domande pervenute in base all'ordine cronologico di arrivo delle stesse e fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili. L'amministrazione si riserva di istruire le ulteriori domande pervenute in caso di accertamento di disponibilità di risorse residue o di aumento delle dotazioni finanziarie ministeriali.

Al termine dell'istruttoria formale avente ad oggetto la verifica dei requisiti di ammissibilità previsti dal presente Avviso, ciascuna domanda potrà risultare: a) ammessa a successiva presa in carico; b) non ammessa con motivazione che verrà comunicata all'interessato tramite apposita notifica.

Le domande saranno ritenute ammissibili se:

- a) presentate nelle modalità indicate nell'avviso;
- b) presentate da soggetto ammissibile;
- c) complete, regolarmente compilate nella relativa modulistica e conformi alle indicazioni contenute nel presente avviso. Resta salva la possibilità di richiedere l'integrazione documentale nel rispetto di quanto previsto dalla legge n. 241/1990 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi").

Le domande ritenute ammissibili saranno trasmesse al P.U.A. distrettuale che programmerà la valutazione multidimensionale, coinvolgendo la famiglia.

In sede di valutazione verrà indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, anche in relazione al quadro diagnostico.

La U.V.M. invierà l'esito della valutazione multidimensionale per ogni richiedente all'Ufficio di Piano che procederà all'attivazione degli interventi progettati in favore dello stesso, in collaborazione con uno o più enti.

5. CONTROLLI E VERIFICHE

Il Distretto Sociosanitario RM5.3 si riserva la facoltà di verificare, in qualsiasi momento, il possesso dei requisiti sopra indicati e dichiarati e di effettuare, ai sensi dall'articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", controlli a campione sulla veridicità delle autocertificazioni prodotte nel rispetto della normativa in materia.

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune e dell'ASL Roma 5, nonché sui siti dei Comuni facenti parte del Distretto Sociosanitario RM5.3.

Tivoli, 30/10/2024

*Il Dirigente del IV Settore – Welfare del Comune di Tivoli
Capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.3
Avv. Maria Teresa Desideri*

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCIO ANPA



Comune di Ivrea Capolla

Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023);
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5



Comune di Fregene

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenne o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma _____



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



Comune di Pisoniano



Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023);
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5



Comune di Fregene, Capofila

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenne o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma _____



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5

SOCIO A.P.P.A.



Comune di Fivoli, Frosinone



Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023);
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE
ASL
ROMA 5



Comune di Tivoli



- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenni o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice ICD-10 F84.0), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma _____

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCCO PIAZZA



Comune di Fano (Pesaro)

Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023);
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCIO SPA



Comune di Tivoli Capitalia

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenni o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma _____

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCIO SANITARIA



Comune di Tivoli-Capellia

Modello A

**DOMANDA DI RICHIESTA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DESTINATI ALLA
PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE
NELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289/2023)**

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ cell. _____

Email _____

PEC _____

In qualità di:

- Richiedente beneficiario
- Genitore
- Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

In favore di (da compilare se il richiedente non coincide con il beneficiario):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico per la presentazione di istanze per la partecipazione alle attività volte alla promozione del benessere e della qualità di vita delle persone nello spettro autistico (D.G.R. 289/2023);
- la propria volontà di partecipare alle attività progettuali di cui all'art. 1 dell'Avviso Pubblico, consapevole che le attività frequentate dal beneficiario verranno definite in sede di U.V.M.

ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se maggiorenne);

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCIO IN CARIC



Comune di Tivoli-Capofila

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minorenni o soggetto a tutela);
- Certificazione sanitaria di diagnosi di spettro autistico (in cui è riportato chiaramente il codice ICD-10 F84.0), rilasciata dall'ASL o da altra struttura sanitaria pubblica;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data _____

Firma _____

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento



REGIONE
LAZIO



SISTEMA SANITARIO
REGIONALE

ASL
ROMA 5

SOCIO SANITARIO



Comune di Capofila

ESTRATTO AVVISO PUBBLICO

PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ VOLTE ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA QUALITÀ DI VITA DELLE PERSONE NELLO SPETTRO AUTISTICO (D.G.R. 289/2023)

OGGETTO DELL'AVVISO - Al fine di garantire l'inclusione sociale e il benessere delle persone nello spettro autistico il Distretto sociosanitario RM5.3 intende attivare le seguenti progettualità:

1. **Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni.**
2. **Progetti realizzati con la cooperazione del terzo settore per favorire l'inclusione attraverso attività sociali.**
3. **Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa.**

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE - Residenza nei Comuni compresi nel Territorio del Distretto Sociosanitario 5.3;

- Essere cittadino italiano oppure cittadino comunitario oppure cittadino di Stato non appartenente alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;
- Essere in possesso di una diagnosi specifica nello spettro autistico (nella quale sia riportato chiaramente il codice **ICD-10 F84.0**).

TERMINI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE - L'istanza di partecipazione dovrà pervenire attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato all'Avviso Pubblico integrale (Modello A). La domanda andrà consegnata e protocollata presso il proprio Comune di residenza o inviata a mezzo PEC all'indirizzo info@pec.comune.tivoli.rm.it debitamente firmata e data e completa degli allegati richiesti nell'Avviso Pubblico integrale.

L'Avviso **non ha termini di scadenza**, ma rimane aperto fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili per le tre linee di intervento sopra descritte.

ISTRUTTORIA E AMMISSIONE - L'Ufficio di Piano procede all'istruttoria amministrativa delle domande pervenute in base all'ordine cronologico di arrivo delle stesse e fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili. Le domande ritenute ammissibili saranno trasmesse al P.U.A. distrettuale che programmerà la valutazione multidimensionale, coinvolgendo la famiglia. In sede di valutazione verrà indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, anche in relazione al quadro diagnostico. La U.V.M. invierà l'esito della valutazione multidimensionale per ogni richiedente all'Ufficio di Piano che procederà all'attivazione degli interventi progettati in favore dello stesso, in collaborazione con enti pubblici e del Terzo Settore.

L'Avviso Pubblico Integrale e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune e dell'ASL Roma 5, nonché sui siti dei Comuni facenti parte del Distretto Sociosanitario RM5.3.

Tivoli, 30/10/2024

*Il Dirigente del IV Settore – Welfare del Comune di Tivoli
Capofila del Distretto Sociosanitario RM 5.3
Avv. Maria Teresa Desideri*

COMUNE DI PISONIANO
Protocollo Arrivo N. 3833/2024 del 30-10-2024
Doc. Principale - Class. 7 - Copia Documento