



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro per le Disabilità

AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 16 "METROPOLITANO"

(Deliberazione del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 70/3 del 09.08.2016)

COMUNI ASSOCIATI

**BRITTOLI – CAPPELLE SUL TAVO – CATIGNANO – CEPAGATTI – CITTA' SANT'ANGELO - CIVITAQUANA –
ELICE – MOSCUFO – NOCCIANO – PIANELLA - ROSCIANO - SPOLTORE**

COMUNE DI SPOLTORE

ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE

AVVISO PUBBLICO

**PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI VOUCHER PER LA FRUIZIONE DI INTERVENTI E SERVIZI DI
SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025

DGR Regione Abruzzo n. 154 del 31/03/2026

**In attuazione del DM 13 ottobre 2025 e della programmazione operativa regionale approvata con
DPG023/127 del 29/06/2026**

DOMANDA DI ACCESSO AL VOUCHER INDIVIDUALE

ALLEGATO 1

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in via _____ n. _____
Città _____ Provincia _____ Cap _____
Codice fiscale _____
Telefono _____ e mail _____
Pec _____

In qualità di:

☐ Diretto interessato

- ☐ Familiare _____
☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Altro (specificare) _____

di (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ Cap _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

l'ammissione al beneficio del **voucher individuale per la fruizione di interventi e servizi di socializzazione a favore di persone con disturbo dello spettro autistico**, per un importo massimo di **€ 1.200,00**, a valere sulle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità – Annualità 2025.

A tal fine dichiara di, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente le condizioni;
- che il beneficiario è residente in uno dei Comuni appartenenti all'ADS n. 16 "Metropolitano";
- che i dati riportati nella presente domanda sono veritieri;
- di essere consapevole che il voucher è destinato esclusivamente alla fruizione delle attività ammesse dall'Avviso;
- di essere consapevole che il voucher ha un valore massimo di € 1.200,00;
- di essere consapevole che il voucher sarà riconosciuto esclusivamente per le attività effettivamente fruite e debitamente documentate;
- di essere consapevole che il rimborso avverrà previa presentazione della documentazione richiesta;
- di essere consapevole che le attività dovranno essere svolte presso un soggetto attuatore inserito nel Catalogo dei Soggetti attuatori qualificati dell'ADS n. 16 "Metropolitano";
- di autorizzare l'ECAD Comune di Spoltore ad effettuare le verifiche previste dalla normativa vigente.

Requisito relativo al disturbo dello spettro autistico

Il beneficiario dichiara altresì:

[] **di essere in possesso della Diagnosi Primaria di Disturbo dello Spettro Autistico**

[] **di NON essere in possesso della Diagnosi Primaria di Disturbo dello Spettro Autistico**

A comprova del requisito viene allegata la documentazione prevista dall'Avviso.

Documentazione allegata:

- copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 del richiedente e/o del certificato di invalidità civile e/o della diagnosi dell'UOC di Neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- altra documentazione richiesta dall'Avviso

La documentazione sanitaria deve essere prodotta esclusivamente per quanto necessario alla verifica del requisito di accesso.

Eventuale necessità di supporto

Il richiedente segnala, ai soli fini organizzativi, eventuali particolari esigenze che ritiene utili ai fini della fruizione delle attività:

Dichiarazione sul trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del REG. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno utilizzati e comunicati anche alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fase endoprocedimentali rientranti nella competenza dello stesso Ente. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE GDPR n. 679/2016 (capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati nell'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia di Trattamento dei dati personali, all'Autorità di Controllo Garante Privacy.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto Decreto Legislativo.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ads n. 16 Metropolitano le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico e di essere consapevole che i dati forniti saranno trattati dall'ECAD esclusivamente per le finalità connesse alla gestione dell'intervento.

Con particolare riferimento ai dati relativi alla salute, il richiedente dichiara di essere consapevole che gli stessi saranno trattati esclusivamente nei limiti necessari alla verifica dei requisiti di accesso e alla gestione del beneficio, nel rispetto della normativa vigente.

ALLEGATI

Alla domanda vengono allegati:

1. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
2. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario, ove diverso dal richiedente;
3. documentazione attestante il requisito sanitario previsto dall'Avviso;
4. eventuale documentazione relativa alla tutela/rappresentanza legale;
5. titolo di soggiorno se cittadino straniero;
6. ogni altra documentazione richiesta dall'ECAD.

Luogo e Data _____

Firma del beneficiario

oppure

Firma del genitore/tutore/rappresentante legale

