



AL COMUNE DI ATRI

**MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER
L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO
"AUTISMO AL CENTRO" –
CUP C99I23001900001.**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

città _____ provincia _____ Cap _____

codice fiscale _____

Telefono _____

Email _____ P.E.C _____

In qualità di: 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 _____

DICHIARA DI APPARTENRE AL SEGUENTE AMBITO TERRITORIALE:

- AMBITO 20-TERAMO
- AMBITO 21-VIBRATA
- AMBITO 22 TORDINO -VOMANO
- AMBITO 23 -FINO-CERRANO
- AMBITO 24 -GRAN SASSO LAGA

CHIEDE

di partecipare al progetto “AUTISMO AL CENTRO” dichiarando la propria preferenza:

Azione B:

AZIONE B : Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai ventuno anni.

Rivolta alla fascia di utenti con età compresa tra i 6 anni e i 21 anni. L'azione B, ricomprende:

- CENTRI ESTIVI
- LE COLONIE ESTIVE
- LE ATTIVITA' SPORTIVE INFRASETTIMANALI

Solo per i CENTRI ESTIVI è RISERVATA UNA QUOTA NEI LIMITI CONSENTITI DAL BANDO ANCHE A PERSONE FINO AI 45 ANNI.

E' possibile scegliere di partecipare a tutte le attività:

**Attività 1 -CENTRO ESTIVO**

Solo per i CENTRI ESTIVI è RISERVATA UNA QUOTA NEI LIMITI CONSENTITI DAL BANDO ANCHE A PERSONE FINO AI 45 ANNI.

| ATTIVITA' 1 CENTRO ESTIVO | LOCALITA' | DURATA ATTIVITA' PER UTENTE | FASCIA ETA' | PARTNER RESPONSABILE DELL' ATTIVITA' | BARRARE DUE PREFERENZE (INDICARE CON 1 SCELTA PRIORITARIA CON 2 SCELTA SECONDARIA) |
|--------------------------------------|----------------|--|------------------|---|---|
| Centro estivo Oasi della Valle | Spinetoli (Ap) | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | ADS VAL VIBRATA | |
| Centro estivo Wellness | Montorio (Te) | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | ADS FINO- CERRANO | |
| Centro estivo Wellness | Teramo | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | ADS FINO CERRANO | |

All.A.

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--|------------------|--|--|
| Centro estivo Ca.Fe'. | San Nicolò (TE) | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | AUTISMO ABRUZZO APS | |
| Centro Estivo Villa Irelli | Castelnuovo Vomano (Te) | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | OPERA SANTE DE SANCTIS | |
| Centro estivo Rurabilandia | Casoli di Atri (Te) | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-45 anni | AUTISMO ABRUZZO APS/ABYLIBYTE ODV | |



ATTIVITA' 2: COLONIA ESTIVA

| ATTIVITA' 2 COLONIA ESTIVA | LOCALITA' | DURATA ATTIVITA' PER UTENTE | FASCIA ETA' | PARTNER RESPONSABILE DELL' ATTIVITA' | BARRARE CON UNA CROCETTA UNA SOLA PREFERENZA |
|-------------------------------------|--|--|----------------------|--|--|
| Rosa Blu | Val Vibrata | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-21 anni | ADS VAL VIBRATA | <input type="checkbox"/> |
| Ads Tordino- Vomano | Roseto degli Abruzzi(Te)/Giulianova | Min 2 settimane max 8 settimane | 6-21 anni | ADS TORDINO VOMANO | <input type="checkbox"/> |

All.A.



ATTIVITA' 3: ATTIVITA' SPORTIVA

INFRASETTIMANALE:

Rivolta a soggetti con età compresa tra i 6 e i 21 anni

| ATTIVITA' 4 SPORT INFRASETTIMANALE | LOCALITA' | DURATA ATTIVITA' PER UTENTE | FASCIA ETA' | PARTNER RESPONSABILE DELL' ATTIVITA' | BARRARE CON UNA CROCETTA UNA SOLA PREFERENZA |
|--|---|---|----------------|---|--|
| Ambito 20-TERAMO | TERAMO "Lions Handball Teramo" | 1 attività a settimana per 5 mesi | 6-21 | AUTISMO ABRUZZO APS | <input type="checkbox"/> |
| Ambito 21-VIBRATA | Attività sportive che operano nell' Ambito della Vibrata | 1 attività a settimana per 5 mesi | 6-21 | ADS VAL VIBRATA | <input type="checkbox"/> |
| Ambito 22/23-TORDINO VOMANO/FINO CERRANO | Attività sportive che operano nell' Ambito Tordino- Vomano | 1 attività a settimana per 5 mesi | 6-21 | ADS TORDINO VOMANO/FINO CERRANO | <input type="checkbox"/> |
| Ambito 24-GRAN SASSO LAGA | Attività sportive che operano nell' Ambito Gran Sasso Laga | 1 attività a settimana per 5 mesi | 6-21 | ADS GRAN SASSO LAGA | <input type="checkbox"/> |

Azione F

Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa

Rivolta alla fascia di utenti con età compresa tra i **18 anni e i 45 anni**. L'azione F, ricomprende i LABORATORI DI FORMAZIONE E AVVIO AL LAVORO



ATTIVITA' 4: LABORATORI DEL FINE SETTIMANA:

Rivolta a soggetti con età compresa tra i 18 e i 45 anni

| ATTIVITA' 3 LABORATORI DEL FINE SETTIMANA | LOCALITA' | DURATA ATTIVITA' PER UTENTE | FASCIA ETA' | PARTNER RESPONSABILE DELL' ATTIVITA' | BARRARE CON UNA CROCETTA UNA SOLA PREFERENZA |
|--|---------------------------|--|-----------------------|---|--|
| Controguerra | Controguerra (Te) | sabati alterni, seduta di min 2 h max 4h per 5 mesi | 18-45 anni | AUTISDMO ABRUZZO APS | <input type="checkbox"/> |
| Ca-Fè | San Nicolò (Te) | sabati alterni, seduta di min 2 h max 4h per 5 mesi | 18-45 anni | AUTISDMO ABRUZZO APS | <input type="checkbox"/> |
| Villa Irelli | Castelnuovo Vomano(Te) | sabati alterni, seduta di min 2 h max 4h per 5 mesi | 18-45 anni | OPERA SANTE DE SANCTIS | <input type="checkbox"/> |
| Rurabilandia | Casoli di Atri (Te) | sabati alterni, seduta di min 2 h max 4h per 5 mesi | 18-45 anni | AUTISMO ABRUZZO APS/ABYLIBYTE ODV | <input type="checkbox"/> |
| Colledara | Colledara (Te) | sabati alterni, seduta di min 2 h max 4h per 5 mesi | 18-45 anni | GENIUS LOCI ODV | <input type="checkbox"/> |

All.A.

Solo per i candidati, nella fascia d'età 18-21 anni, che hanno manifestato il proprio interesse per entrambe le predette azioni di intervento, (B-F-) dichiarare l'ordine di preferenza:

1) _____

2) _____

Si allega al presente Modulo di Domanda (allegato A) :

- documento di identità in corso di validità della persona con disabilità;
- copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 del richiedente e/o del certificato di invalidità civile (no certificazioni con OMISSIS) e/o della diagnosi dell'UOC di Neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- nei casi di persone con disturbo dello spettro autistico rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di

cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data, _____

FIRMA

I dati personali forniti saranno trattati dal Comune di Atri in qualità di Titolare del trattamento nel rispetto della normativa privacy vigente, nei modi e nei termini riportati nell'informativa privacy consultabile sul sito web del Comune al seguente indirizzo <https://www.comune.atr.te.it/privacy> e presso gli uffici dell'Ente. È sempre possibile richiedere la copia dell'informativa all'incaricato del Comune o rivolgere eventuali richieste all'Ente scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@comune.atr.te.it.

FIRMA

Luogo e data, _____