

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO  
**AMBITO DI**  
**CONVERSANO** Piazza  
XX SETTEMBRE 25 –  
70014 CONVERSANO  
(BA)

ISTANZA DI CANDIDATURA: Fondo inclusione per le persone con disabilità – laboratori rivolti ai minori e all'età di transizione fino ai ventuno anni affetti da disturbo dello spettro autistico.

Periodo Gennaio/Giugno 2025

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_  
PEO/PEC \_\_\_\_\_, in  
qualità di (genitore/tutore) di \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_(\_\_\_\_) Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (*replicare per ogni figlio, persona affetta dallo spettro  
autistico*);

**DICHIARO:**

- di aver preso visione dell'informativa circa la realizzazione del progetto relativo al Fondo per l'Inclusione delle persone con disabilità (DPCM 29 luglio 2022) e di accettarne tutto quanto riportato;
  - che il mio nucleo familiare è così composto:
-

N.	NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1				
2				
3				
4				
5...				

- di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS n. 12 (Conversano, Monopoli e Polignano a Mare);
- di essere in possesso della certificazione di diagnosi del disturbo dello spettro autistico rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della certificazione ISEE in corso di validità prot. n. INPS-ISEE-2024-\_\_\_\_\_, con valore pari a € \_\_\_\_\_;
- di accettare le eventuali comunicazioni inerenti al presente al seguente indirizzo PEO/PEC \_\_\_\_\_;

**e pertanto**

**CHIEDE:**

che il minore \_\_\_\_\_ venga ammesso alla partecipazione delle attività progettuali indicate nella tabella sotto riportata (INDICARE CON UNA X)

---

	COMUNE	PROGETTO	FASCIA D'ETA'	SVOLGIMENTO
<input type="checkbox"/>	<b>Conversano</b> Struttura Ex Gil Stanze del piano inferiore	Laboratori manuali e attività per lo sviluppo di life skills:	<b>3/8 anni</b>	Febbraio/Giugno 2025 Lunedì e giovedì h 16./18
<input type="checkbox"/>	<b>Conversano</b> Struttura Ex Gil Stanze del piano inferiore	Psicomotricità in gruppo e accesso alla camera sensoriale denominata Nirvana	<b>3/8 anni</b>	Febbraio /Giugno 2025 Martedì e venerdì h 16./18
<input type="checkbox"/>	<b>Conversano</b> Struttura Ex Gil Stanze del piano inferiore	Attività per lo sviluppo e il miglioramento delle life skills e laboratorio manuale:	<b>9/21 anni</b>	Febbraio /Giugno 2025  Mercoledì 16/18. Venerdì 18/20
<input type="checkbox"/>	<b>Monopoli</b> Sede Centro diurno San Bernardo	Psicomotricità in gruppo:	<b>3/8 anni</b>	Febbraio /Giugno 2025 lunedì e giovedì H 16.30 alle 18.30
<input type="checkbox"/>	<b>Monopoli</b> Sede Centro diurno San Bernardo	Laboratori manuali e attività per lo sviluppo di life skills:	<b>3/8 anni</b>	Febbraio /Giugno 2025 martedì e venerdì H 16.30/18.30
<input type="checkbox"/>	<b>Monopoli</b> Sede associazione l'allegria brigata	Laboratorio teatrale e laboratorio artistico:	<b>9/21 anni</b>	Febbraio /Giugno 2025 Lunedì e venerdì 15.30/17.30

*(replicare per ogni figlio, persona affetta dallo spettro autistico).*

Si allega:

1. Copia del documento di identità del richiedente (genitore/tutore);
  2. Eventuale copia della nomina per tutore;
  3. Copia del documento di identità del minore/infraventunenne;
  4. Copia della diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
-

5. Eventuale copia PEI in corso di validità.

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 DEI GENITORI (\*)

---

(\*) in caso di firma di UN SOLO GENITORE, deve essere compilata anche la seguente dichiarazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n° 445/2000, DICHIARA di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quarter del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma

---

---