**MODULO DI ISCRIZIONE**

**Spett.le AMBITO TERRITORIALE di MANFREDONIA**

**pec: ufficiodipiano@comunemanfredonia.legalmail.it**

**Progetto “AUTENTICAMENTE INSIEME”**

**PERCORSI DI INCLUSIONE E SUPPORTO PER BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

Finanziato a valere sul “Fondo per l’Inclusione Sociale delle persone con disabilità”- DPCM 29 luglio2022- A.D. Regione Puglia 1059/2023, in attuazione della DGR n. 1918 del 19/12/2022.

**CUP: J81J23003110001**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In qualità di:  GENITORE TUTORE

*Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità*

CHIEDE l’iscrizione del proprio figlio/a:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola frequentata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gravità del disturbo di spettro autistico (livello di classificazione del DSM 5):

 Livello 1  Livello 2  Livello 3

In carico al CAT – Centro Territoriale per l’Autismo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: SI  NO 

**AZIONI A CUI SI INTENDE PARTECIPARE (barrare quelle di interesse):**

|  |
| --- |
| **BAMBINI e BAMBINE di età compresa tra i 5 ed i 11 anni** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **1° PREFERENZA** | **2° PREFERENZA** | **3° PREFERENZA** |
| **Leggiamo con arte** |  |  |  |
| **Coding** |  |  |  |
| **Pasticciamo insieme** |  |  |  |
| **Wii e giochi strutturati** |  |  |  |
| **Mani in pasta** |  |  |  |
| **Eventi ludico-ricreativi** |  |  |  |
| **Creattività** |  |  |  |
| **MUSICOTERAPIA ORCHESTRALE**  |  |  |  |

PREFERENZA GIORNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PREFERENZA ORARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **RAGAZZI e RAGAZZE di età compresa tra i 12 ed i 16 anni** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **1° PREFERENZA** | **2° PREFERENZA** | **3° PREFERENZA** |
| **SCHOOL OF DJ** |  |  |  |
| **CUCINA** |  |  |  |
| **ARTIGIANATO** |  |  |  |
| **SOCIAL/EDITING** |  |  |  |
| **FOTOGRAFIA** |  |  |  |
| **SERVIZI ALBERGHIERI** |  |  |  |
| **MUSICOTERAPIA ORCHESTRALE**  |  |  |  |

PREFERENZA GIORNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PREFERENZA ORARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **GIOVANI di età compresa tra i 17 ed i 21 anni** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **1° PREFERENZA** | **2° PREFERENZA** | **3° PREFERENZA** |
| **DJ** |  |  |  |
| **CUCINA/PIZZA** |  |  |  |
| **ARTE** |  |  |  |
| **SOCIAL/GRAFICA** |  |  |  |
| **FOTOGRAFIA** |  |  |  |
| **PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE** (es. servizi di ristorazione/alberghieri, taxi sociale, delivery) |  |  |  |
| **MUSICOTERAPIA ORCHESTRALE**  |  |  |  |

PREFERENZA GIORNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PREFERENZA ORARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver letto l’Avviso Pubblico e di accettarne le condizioni.

Le preferenze indicate sono finalizzate esclusivamente a favorire l’organizzazione delle attività e non hanno valore vincolante.

Si autorizza inoltre il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ai soli fini istruttori del presente Avviso e per l’accesso alle banche dati, al fine di verificare la corrispondenza al vero delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano i seguenti documenti obbligatori:

1. Certificazione della diagnosi del disturbo dello spettro autistico;

2. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario.