



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



Allegato A- Modello di Domanda

PEC: protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it

AVVISO PUBBLICO

**“SPERIMENTAZIONE DELLA METODOLOGIA DEL BUDGET DI SALUTE PER
IMPLEMENTARE PROGETTI DI VITA PERSONALIZZATI IN FAVORE DI
PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E
PERSONE CON DISTURBO PSICHIATRICO”.**

**Dichiarazione sostitutiva
(artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 nr. 445)**

Il Sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____,
nato/a il _____, a _____ (____),
codice fiscale _____, residente a _____
via _____,
telefono _____, e-mail _____,
PEC _____;

consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445/2000), Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi degli artt. 76 e 75 del DPR n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

D I C H I A R A

- ☐ di essere il diretto beneficiario dell'avviso pubblico;
- ☐ di essere Caregiver familiare, familiare e/o il referente significativo/giuridico (allegare attestazione di nomina):del beneficiario:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in Via _____



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



**Dichiara altresì per se stesso o per
conto del beneficiario**

- ☐ di possedere la residenza nel Comune di Fiumicino;
- ☐ di possedere la cittadinanza italiana oppure cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea oppure cittadinanza di uno Stato non appartenente all'Unione europea purché in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità, con esclusione dei titolari di permesso di durata inferiore a sei mesi;
- ☐ di essere persona adulta con diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- ☐ di essere persona adulta con diagnosi di disturbo psichiatrico.

Dichiara altresì

di rendersi disponibile per la costituzione di una graduatoria per l'eventuale accesso alla definizione del progetto di vita personalizzato sostenuto dalla sperimentazione del Budget di Salute e in particolare per i seguenti assi di intervento: (per le domande con risposta su scala da 1 a 5, barrare il numero corrispondente al proprio livello di importanza o soddisfazione, considerando che **1** indica “**per nulla**” e **5** indica “**del tutto**”).

☐ **ASSE CASA/HABITAT SOCIALE** (1 indica “*per nulla*” e 5 indica “*del tutto*”)

A.	Quanto ritiene importante poter continuare a vivere nella sua abitazione o nel suo contesto di vita attuale?	1	2	3	4	5
B.	Quanto è importante per lei ricevere un accompagnamento per acquisire o mantenere competenze utili alla vita autonoma (es. gestione del denaro, spesa, organizzazione della giornata, uso dei servizi)?	1	2	3	4	5
C.	Pensa di aver bisogno di un percorso per individuare una diversa soluzione abitativa più adeguata alle sue esigenze?	1	2	3	4	5
D.	Quanto ritiene importante sperimentare percorsi di convivenza con altri beneficiari (co-housing/gruppi appartamento), con il supporto di operatori qualificati?	1	2	3	4	5
E.	Quali sono le principali difficoltà che incontra nella gestione della sua abitazione o della sua vita quotidiana? Quale tipo di supporto ritiene possa aiutarla a superare queste difficoltà?					



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



☐ **ASSE AFFETTIVITÀ/SOCIALITÀ E APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ/COMUNICAZIONE**
(1 indica “per nulla” e 5 indica “del tutto”)

A.	Quanto è soddisfatto/a delle sue attuali relazioni sociali e delle opportunità che ha di partecipare alla vita della comunità e ai contesti di suo interesse?	1	2	3	4	5
B.	Quanto ritiene importante partecipare ad attività sportive o ad eventi sportivi?	1	2	3	4	5
C.	Quanto ritiene importante partecipare ad attività di gruppo nel tempo libero (es. sport, cinema, visite guidate, ecc.)?	1	2	3	4	5
D.	Quanto ritiene importante orientarsi e spostarsi in modo autonomo nel proprio quartiere e nella propria città?	1	2	3	4	5
E.	Quanto ritiene importante ricevere supporto per l’accompagnamento nell’accesso ai servizi e alle opportunità del territorio, anche attraverso strumenti digitali?	1	2	3	4	5
F.	Quanto si sente motivato/a a partecipare a percorsi laboratoriali, espressivi, creativi e occupazionali strutturati?	1	2	3	4	5
G.	Quali obiettivi e/o capacità vorrebbe raggiungere in ambito affettivo e di socializzazione? Quali sostegni ritiene possano aiutarla a raggiungere questi obiettivi?					

☐ **ASSE FORMAZIONE/LAVORO** (1 indica “per nulla” e 5 indica “del tutto”)

A.	Quanto è importante per lei poter sviluppare un percorso di formazione, apprendimento o inserimento lavorativo coerente con i suoi interessi e le sue capacità?	1	2	3	4	5
B.	Quanto si sente motivato/a a partecipare ad attività formative o laboratori per imparare nuove competenze?	1	2	3	4	5
C.	Quanto si sente motivato/a a partecipare a esperienze di inserimento lavorativo e/o tirocini lavorativi/stage?	1	2	3	4	5
D.	Quali obiettivi vorrebbe raggiungere in ambito formativo, lavorativo o di sviluppo delle sue competenze? Quali sostegni ritiene possano aiutarla a raggiungere questi obiettivi?					



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



☐ **ASSE SALUTE** (1 indica “per nulla” e 5 indica “del tutto”)

A.	Quanto è soddisfatto/a del suo attuale stato di salute e del supporto che riceve per prendersi cura del proprio benessere?	1	2	3	4	5
B.	Quanto ritiene importante ricevere supporto per il monitoraggio delle proprie condizioni mediche, la gestione delle terapie, la prevenzione e l'accesso facilitato alle cure necessarie per mantenere la migliore forma possibile?	1	2	3	4	5
C.	Quanto ritiene di aver bisogno di individuare trattamenti e ausili adatti a ridurre l'impatto delle sue difficoltà quotidiane?	1	2	3	4	5
D.	Quali aspetti della sua salute o del suo benessere vorrebbe migliorare? Quali sostegni ritiene possano aiutarla a raggiungere questi obiettivi?					

SI ALLEGA ALLA PRESENTE

Per i cittadini adulti con **diagnosi dello spettro autistico**, alla domanda devono essere **obbligatoriamente** allegati dal richiedente, **pena esclusione**, i seguenti documenti:

- 1) copia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario;
- 2) copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente, laddove non coincidesse con il beneficiario. Qualora il beneficiario sia rappresentato da un tutore, amministratore di sostegno, curatore, procuratore o altro soggetto legittimato alla rappresentanza, allegare anche il documento attestante i poteri di rappresentanza (es. decreto di nomina, procura o altro titolo idoneo).
- 3) certificazione sanitaria aggiornata, attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico e il livello di gravità rilasciato da un Medico Specialista di struttura pubblica;
- 4) documento attestante l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità, o aver presentato DSU per attestazione ISEE 2026. In caso di mancata presentazione della DSU verrà assegnato un punteggio pari al valore massimo dell'ISEE;
- 5) copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile in corso di validità, comprensivo di diagnosi funzionale, senza omissis.
- 6) copia della certificazione medico-legale attestante lo stato di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, in corso di validità, comprensiva di diagnosi funzionale, senza omissis.



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



La domanda potrà essere integrata da ulteriore documentazione, laddove in possesso:

- copia del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) rilasciato da un Medico Specialista di struttura pubblica e/o altri piani personalizzati eventualmente attivi nell'ambito dei diversi servizi sociali e/o sanitari

Per i cittadini adulti con **diagnosi di disturbo psichiatrico**, alla domanda devono essere **obbligatoriamente** allegati dal richiedente, **pena esclusione**, i seguenti documenti:

- 1) copia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario;
- 2) copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente, laddove non coincidesse con il beneficiario. Qualora il beneficiario sia rappresentato da un tutore, amministratore di sostegno, curatore, procuratore o altro soggetto legittimato alla rappresentanza, allegare anche il documento attestante i poteri di rappresentanza (es. decreto di nomina, procura o altro titolo idoneo).
- 3) certificazione sanitaria aggiornata, attestante la diagnosi di disturbo psichiatrico rilasciato da un Medico Specialista di struttura pubblica;
- 4) documento attestante l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità, o aver presentato DSU per attestazione ISEE 2026. In caso di mancata presentazione della DSU verrà assegnato un punteggio pari al valore massimo dell'ISEE.

La domanda potrà essere integrata da ulteriore documentazione, laddove in possesso:

- 1) copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile in corso di validità, comprensivo di diagnosi funzionale, senza omissis.
- 2) copia della certificazione medico-legale attestante lo stato di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, in corso di validità, comprensiva di diagnosi funzionale, senza omissis.
- 3) copia del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) rilasciato da un Medico Specialista di struttura pubblica e/o altri piani personalizzati eventualmente attivi nell'ambito dei diversi servizi sociali e/o sanitari.

Il/la sottoscritto/a _____, informato/a ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali. Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un progetto di vita personalizzato che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da un'équipe multidisciplinare, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data _____

Firma _____



CITTÀ DI FIUMICINO
(Città metropolitana di Roma Capitale)



Gentile utente, in osservanza al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), articoli 13 e 14, e successive integrazioni e modificazioni, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali.

- Titolare del trattamento è il Comune di Fiumicino, in persona del legale rappresentante protempore, Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa, 78 - 00054 Fiumicino (RM) Centralino 06.65210.245 - C.F. 97086740582, P.IVA 02305601003 PEC: protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it.

- il Responsabile per la protezione dei dati Personali potrà essere contattato all'indirizzo e-mail dpo@comune.fiumicino.rm.it.

La presente è un'informativa sintetica, si rimanda al testo completo dell'informativa generale consultabile nel sito web di questa Amministrazione, sotto la voce "privacy". Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da Lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono.

I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Area – ufficio di competenza o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, e potranno essere comunicati ad altri soggetti nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso.

Il conferimento dei dati è un requisito necessario per poter dare esecuzione ai servizi richiesti e in taluni casi rappresenta un obbligo di legge. La mancata fornitura dei dati richiesti potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti. Soggetto delegato per il trattamento dei dati è il Dirigente dell'U.O. di competenza.

I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale e Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 presentando un'istanza al Titolare nonché rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo(*).

(*) Link alla pagina del Garante contenente indicazioni per proporre reclamo

<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>