



Spett.le Comune di \_\_\_\_\_

**AII. 1**

**MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE per l'individuazione dei beneficiari di progetti di cui al PNRR- M5C2 – Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel- \_\_\_\_\_ Codicefiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel- \_\_\_\_\_ Codicefiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

Amministratore di Sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)

Altro specificare \_\_\_\_\_

**in favore di:(cognome)** \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_



nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel-  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso al Progetto PNRR – M5C2 – Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità. Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei 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.

Che, eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMATIVA PRIVACY

#### 1 Soggetti del trattamento

ATS metapontino collina materana è Titolare del trattamento dei dati personali forniti dai soggetti coinvolti nella redazione del progetto individualizzato nell'ambito della misura M5C2 investimento 1.2 Percorsi di autonomia per le persone con disabilità

Si precisa che il Titolare del trattamento è "la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali" (art. 4. par. 1, n. 7) Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR).

#### 2 Luogo del Trattamento

I dati vengono trattati ed archiviati presso la sede del Comune di Policoro in Via Aldo Moro n° 1. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti e accessi non autorizzati.

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_