

## AVVISO

### Per la presentazione della domanda di accesso al Percorso Terapeutico Specialistico -Metodo ABA-

*(Progetto finanziato dalla Regione Molise a valere sull'Avviso Pubblico, approvato con D.G.R n. 301 del 25.06.2018, per il finanziamento di progetti di rilevanza locale promossi da Organizzazioni di Volontariato o Associazioni di promozione sociale, in base all'Accordo di Programma sottoscritto tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Molise ai sensi degli artt. 72 e 73 del D.Lgs. n. 117/2017 "Codice Terzo Settore")*

**Periodo Febbraio- Novembre 2019**

L'Associazione Centro Sociale “il Melograno” di Larino, di concerto con una serie di soggetti istituzionali( Ambito Territoriale Sociale di Larino, Comuni di Larino e Casacalenda, Istt. Supp. di Larino e Casacalenda, Distretto Sanitario di Larino, Ordini degli Psicologi e degli Assistenti Sociali del Molise) e di Associazioni del territorio, propone – a partire dal prossimo mese di febbraio - un **percorso terapeutico (metodo ABA) gratuito**, rivolto a bambini affetti da sindrome autistica.

Il progetto è destinato ai minori in possesso, congiuntamente, di tutti i seguenti requisiti:

- di età compresa tra i 2 (due) ed i 6 (sei) anni compiuti;
- residenti in uno dei Comuni dell'ATS di Larino (Comuni di: Larino, Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei F., Morrone del Sannio, Provvidenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di P., San Martino in P, Santa Croce di M. Ururi);
- muniti di Diagnosi di Disturbo Spettro Autistico, ovvero in possesso di verbale invalidità o certificazione di handicap;
- che non si avvalgano già di altre misure di sostegno a valere su risorse pubbliche ed aventi le medesime finalità di quelle di cui alla presente iniziativa.

Sarà accolto un numero di minori non superiore a 4 (quattro).

L'ammissione è regolata in base all'ordine di **priorità temporale della presentazione** della domanda di accesso al servizio.


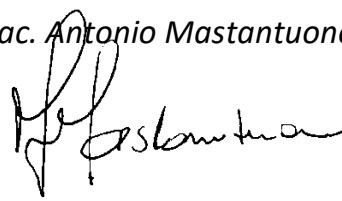
Il servizio è erogato da personale esperto (Educatore Professionale Terapista ABA ) 3/tre gg. a settimana ( lunedì, mercoledì e venerdì dalle 09.00 alle 13.00) presso il Centro Diurno per minori (regolarmente accreditata ai sensi della normativa regionale vigente in materia codice regionale B7 codice CISIS LB4-1) dell'Associazione il Melograno sito a Larino, in Largo Pretorio sn, in ambienti appositamente allestiti.

E' assicurato il rapporto operatore-utente di 1/1.

Le domande di ammissione al Percorso Terapeutico – munite di tutta la documentazione richiesta – dovranno essere **inviare esclusivamente a mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica certificata PEC melogranolarino@pec.it, e pervenire tassativamente entro e non oltre le ore 12.00 del giorno 25 gennaio 2019. Allo scopo, si allega il modello di domanda, scaricabile dalla homepage del comune di larino [www.comunelarino.it](http://www.comunelarino.it)**

**E' possibile visitare la struttura previo appuntamento telefonico.**

Il Presidente  
sac. Antonio Mastantuono



## Domanda per la presentazione della domanda di accesso al Percorso Terapeutico Specialistico -Metodo ABA-

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

nella qualità di  genitore,  tutore,  esercente la potestà parentale del minore:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

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

### **Chiede che lo stesso venga ammesso al Percorso Terapeutico Specialistico -Metodo ABA- presso il Centro Sociale 'il Melograno' di Larino**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

- che il minore è in possesso dei requisiti di accesso dell'Avviso;
- di aver preso visione dell'Avviso stesso e di accettare le condizioni ivi stabilite;
- che non si avvalgano già di altre misure di sostegno a valere su risorse pubbliche ed aventi le medesime finalità di quelle di cui alla presente iniziativa.

Allega alla presente:

- fotocopia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di accertamento di Diagnosi di Disturbo Spettro Autistico, ovvero in possesso di verbale invalidità o certificazione di handicap.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016

L'Associazione Centro Sociale 'il Melograno', ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e sue succ. mod. ed integrazioni, tratterà i dati personali adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati forniti verranno trattati per le finalità di cui all'Avviso per la presentazione della domanda di accesso al Percorso Terapeutico Specialistico -Metodo ABA-; i dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso annoverano anche i dati *sensibili* riguardanti lo stato di salute, il conferimento dei predetti dati sensibili è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso, e saranno usati, ferma restando la previsione di cui all'articolo 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, esclusivamente per gli adempimenti gestionali, nonché trattati con modalità manuali e informatizzati. Titolare del trattamento è l'Associazione Centro Sociale 'il Melograno'. Si potranno esercitare, in ogni momento, i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, con richiesta scritta inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata melgranolarino@pec.it o a mezzo posta all'indirizzo Centro Sociale 'il Melograno', Largo Pretorio sn, 86035 Larino (CB).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 679/2016, autorizza al trattamento dei propri dati personali nella misura necessaria al proseguimento dell'Avviso suddetto e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Luogo e data \_\_\_\_\_

---

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)