

ALLEGATO C**SCHEDA DI ISCRIZIONE
PARTECIPANTI MINORI DI 18 ANNI**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore Ammesso inizio Ammesso dopo l'inizio
TITOLO DELL'INTERVENTO Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità
MATRICOLA 2024AP0086
ENTE ATTUATORE Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia

I sottoscritto/a (NOME E COGNOME del genitore/tutore del minore partecipante) _____

_____ nato/a il (gg/mm/aaaa) ____/____/____ a (Comune) _____

(Provincia) ____ (Stato) _____ Codice fiscale

In qualità di genitore tutore del/la minore (*indicare il nome e cognome del minore*) _____

_____ nato/a il (gg/mm/aaaa) ____/____/____ a (Comune) _____

(Provincia) ____ (Stato) _____ Codice fiscale

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI
DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

**DICHIARA CHE IL/LA FIGLIO/A
/IL MINORE PER CUI ESERCITA IL RUOLO DI TUTORE**

è di sesso: M F ; ha cittadinanza _____; risiede in via/piazza _____
n° ____ Comune _____ CAP _____ Provincia ____ n° tel. _____
n° cell. _____ e-mail _____

(da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)

è domiciliato/a in via/piazza _____ n° ____
Comune _____ CAP _____ Provincia ____ n° tel. _____

1.1. per quanto riguarda gli indicatori comuni di output:**▪ è nella seguente condizione occupazionale:**

- INATTIVO** (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio civile, in altra condizione diversa da studente)
 STUDENTE

▪ è in possesso del titolo di studio di:

- Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
 Licenza media /Avviamento professionale
 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
 Nessun titolo

1.2. per quanto riguarda gli altri indicatori comuni di output:

▪ **di appartenere a una delle seguenti categorie:**

- Persona con disabilità¹

...l...sottoscritt.. dichiara di essere consapevole che l'effettuazione del corso è subordinata e al raggiungimento del numero minimo di allievi previsto e che, in caso di iscrizioni in sovrappiù, il minore dovrà prendere parte ad una selezione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE
(Firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà)

.....
DATA ___ / ___ / _____

1Definizioni:

Invalidi civili maggiorenni con invalidità certificata superiore al 67%, invalidi civili minorenni, cittadini con indennità di accompagnamento, cittadini con certificazione ai sensi dell'articolo 3, comma 1 e 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104, ciechi civili, sordi civili, invalidi e inabili ai sensi della legge 12 giugno 1984, n. 222, invalidi sul lavoro con invalidità certificata pari o superiore al 34%, invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa o con menomazioni dell'integrità psicofisica, inabili alle mansioni ai sensi della legge 11 aprile 1955, n. 379, del d.p.r. 29 dicembre 1973, n. 1092 e del d.p.r. 27 luglio 2011, n. 171, e inabili ai sensi dell'articolo 13, legge 8 agosto 1991, n. 274 e dell'articolo 2, legge 8 agosto 1995, n. 335, cittadini titolari di trattamenti di privilegio ordinari e di guerra, cittadini privi di certificazione che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione)

Informativa della Regione Toscana agli interessati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo Plus, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze); regionetoscana@postacert.toscana.it).
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
3. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
4. I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE+. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).
5. I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento Settore _____ per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
6. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati . I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: urp_dpo@regione.toscana.it.
7. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione del genitore/tutore del minore partecipante

.....

Nota per il soggetto attuatore del progetto: i dati che dovranno essere inviati all'Amministrazione (tramite inserimento sul Sistema informativo FSE o attraverso files di colloquio) sono ESCLUSIVAMENTE quelli relativi al minore partecipante. Se verranno erroneamente inviati i dati del genitore/tutore, il partecipante non sarà considerato nei dati necessari per il riconoscimento del finanziamento

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 18/04/2025 12:07:54

IMPRONTA: 62633233353864383631643037633137636134393330623333363533346431366630376638643730