



CITTA' DI ARICCIA

Città Metropolitana di Roma Capitale

Allegato A

UFFICIO SPECIALE STRATEGICO PER IL POLO DELL'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA

Servizi Sociali

OGGETTO: Scelta della Cooperativa /Ente del Terzo Settore accreditato per lo svolgimento del servizio di "Assistenza alla comunicazione aumentativa alternativa" a.s. 2025-2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____, il ____/____/_____, residente in _____
_____, Via _____, C.F. _____
Pec (stampatello) _____ email (stampatello) _____
cellulare _____, telefono _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____, il ____/____/_____, residente in _____
_____, Via _____, C.F. _____
Pec (stampatello) _____ email (stampatello) _____
cellulare _____, telefono _____

in qualità di:

- ☐ genitori
☐ esercente la responsabilità genitoriale esclusiva/Tutore legale (Decreto n.....)

del MINORE _____, nato /a _____, il ____/____/_____,
iscritto presso l'Istituto Comprensivo.....sito _____ nel Comune di _____
.....classe e sez. n.....

avendo preso visione dell'elenco delle Cooperative/Enti Terzo Settore accreditate presso il Comune di Ariccia per l'anno scolastico 2025-2026, interessati a fornire il servizio di assistenza alla comunicazione aumentativa alternativa C.A.A., ed avendo ricevuto informazioni utili ad esprimere liberamente la propria scelta, chiedo che mio figlio/a venga assistito/a dagli operatori della Cooperativa o dell'Ente di Terzo Settore da me indicata:

(fleggare una sola casella)

- ☐ Cooperativa Sociale Onlus “Segni d’Integrazione”
- ☐ Cooperativa Sociale Onlus “Girotondo”
- ☐ Cooperativa Sociale Onlus “Nuova Sair”

Il/la sottoscritto/a consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il modulo va consegnato a mano o inviato tramite Posta Elettronica Certificata (pec protocollo@pec.comunediariccia.it) al protocollo di questa Amministrazione, corredato della documentazione relativa:

- Fotocopia del documento di identità di entrambi i dichiaranti;
- Fotocopia del Provvedimento dell’autorità giudiziaria inerente la responsabilità genitoriale;

Ariccia, li _____/_____/_____

(firma)_____

(firma)_____

Informativa concernente il trattamento dei dati personali

INFORMATIVA PRIVACY art. 13 GDPR 679/2016

Il trattamento dei dati personali forniti e acquisiti è finalizzato a predisporre l’istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti di accesso a quanto richiesto. I dati personali sono acquisiti direttamente dall’Interessato e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Il conferimento dei dati personali è necessario per l’istruttoria della pratica la mancata indicazione può comportare la carenza di istruttoria e l’impossibilità di definire la domanda. I suoi dati possono essere comunicati alla Regione e ad altri enti previdenziali, ad altri settori del Comune che erogano prestazioni a sostegno del reddito e ad altri Comuni. I suoi dati non verranno trasferiti verso paesi terzi. Titolare del trattamento è il Comune di Ariccia. Il Titolare ha nominato un RPD individuato nella Fondazione Logos PA (mail: info@logospa.it) e tratterà i suoi dati avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. L’informativa completa è visionabile sul sito del Comune e presso gli sportelli comunali. L’interessato può esercitare i diritti come previsti dall’art.12 del GDPR/2016 come descritto nell’informativa estesa.

L’interessato rilascia il consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui all’informativa precedente.

Ariccia_____ **FIRMA**_____

FIRMA_____