



# 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. 2024-2025.

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 2024-2025, 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](mailto: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](mailto: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** \_\_\_\_\_