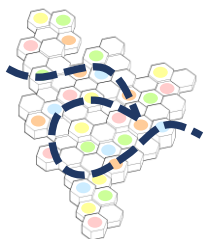


# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*



SPAZIO AUTISMO "PUNTO E VIRGOLA" – PONTE SAN PIETRO  
CARTA DEI SERVIZI 2026



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*



## SPAZIO AUTISMO “PUNTO E VIRGOLA” – PONTE SAN PIETRO

### CARTA DEI SERVIZI 2026

Lo Spazio Autismo di Ponte S. Pietro “Punto e Virgola”, dal 2021 direttamente organizzato e gestito da Azienda Isola, offre servizi a carattere socio-educativo, in rapporto individualizzato o in piccolo gruppo, pensati per bambini e ragazzi con autismo o disturbi del neuro sviluppo e alle loro famiglie nelle diverse fasi della crescita.

Il servizio eroga laboratori e interventi ad alta specializzazione sui disturbi dello spettro autistico per bambini e ragazzi di diverse età: dai primi anni del bambino, che solitamente seguono il ricevimento della diagnosi, fino all’orientamento post-scolastico e alla costruzione del sé adulto attraverso esperienze occupazionali.

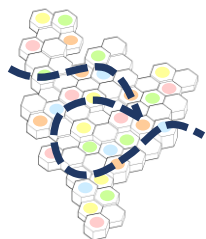
Le **Finalità** del servizio afferiscono principalmente alla:

\*costruzione di una risposta - il più possibile integrata con il contesto complessivo di vita dell’utente - alle problematiche legate allo sviluppo personale e all’integrazione della persona con autismo, tramite la definizione di interventi psicoeducativi implementabili sia presso la struttura che presso altre agenzie.

\*sostegno e supporto alla famiglia nel percorso di crescita della persona con fragilità legate alla sfera del disturbo dello spettro autistico

\*promozione della formazione e della consapevolezza - in ambito familiare, scolastico e territoriale - delle tematiche inerenti al Disturbo dello Spettro Autistico e del neuro sviluppo: fragilità, risorse, opportunità.

Strumento centrale per il raggiungimento degli obiettivi specifici è la programmazione di servizio, la quale si espleta e prende forma attorno al Progetto Educativo Individualizzato di ogni singolo utente accolto a Punto e Virgola. Dall’analisi dei bisogni, delle fragilità e dei punti di forza di ogni iscritto discende un Progetto Individuale, unico per tipicità e focus ma fortemente interrelato con il contesto, gruppale e



# AZIENDA ISOLA

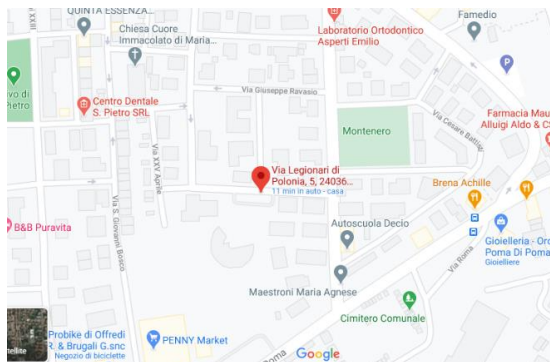
*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

territoriale, nell'ottica del massimo supporto possibile al processo di crescita della persona con disturbo dello spettro autistico (DSA) e di supporto alla famiglia d'origine.

In tal senso, forte è la vocazione territoriale del servizio; la costante ricerca dell'intervento in rete con tutte le agenzie coinvolte nel Progetto di Vita dell'utente (Servizi Sociali, Scuole, UONPIA di riferimento etc.) è aspetto centrale della metodologia e dell'approccio di lavoro del servizio, il quale si pone come interlocutore privilegiato, motivato e collaborante nei confronti di tutti gli attori coinvolti.

## DOVE SIAMO

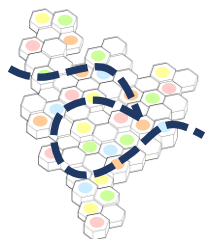
Lo Spazio Autismo **Punto e Virgola** – organizzato e gestito direttamente da Azienda Isola – si trova a **Ponte S. Pietro**, in **via Legionari di Polonia n.5**, all'interno del Centro Polifunzionale.



**IN TRENO** > la stazione FF.SS. di Ponte S. Pietro si trova a 150 m. di distanza dal Polo. Scesi dal treno, imboccare Via Adamello e subito dopo Via A. Locatelli. Dopo circa 100 m. girare a destra in Via Legionari di Polonia

**IN AUTOBUS** > è possibile raggiungere la struttura anche tramite la linea n.8 della ATB (Seriata-Policlinico), scendendo alla fermata "Ponte FF.SS." e seguendo le indicazioni sopra esposte

**IN AUTO** > arrivando da Nord si possono seguire le stesse indicazioni dalla Stazione dei treni. Oppure, provenendo dalle altre direzioni (ad es. dalla Statale Briantea), seguire le indicazioni per la Caserma dei Carabinieri. Una volta giunti in Via Adda (di fronte alla caserma), percorrerla verso il centro di Ponte sino al semaforo del Cimitero (a circa 200 m.). Al semaforo girare a sinistra, imboccando Via A. Locatelli e dopo circa 50 m. girare a sinistra, per entrare in Via Legionari di Polonia.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

## DESTINATARI

Lo Spazio Autismo Punto e Virgola di Ponte S. Pietro è un servizio rivolto a minori, adolescenti e giovani adulti con disturbo dello spettro autistico residenti nell'Ambito Territoriale "Isola Bergamasca e Bassa San Val Martino", con possibilità di accesso anche per persone fuori ambito (vedi paragrafo "modalità di presa in carico"). L'età dei destinatari è compresa fra i 3 e i 14 anni (modulo "infanzia-prima adolescenza") e tra i 15 e i 35 anni (modulo "adolescenti e giovani adulti"), salvo situazioni particolari (vedi "modalità presa in carico").

## I MODULI

### PUNTO E VIRGOLA – MODULO INFANZIA E PRIMA ADOLESCENZA

#### Servizi forniti

- ✓ Interventi socio-educativi, individuali e di piccolo gruppo, rivolti a minori, per supportare le competenze socio-comunicative, emozionali e comportamentali del bambino in stretta collaborazione con la famiglia, l'ente sanitario di riferimento, la scuola;
- ✓ Accompagnamento psico-pedagogico ai familiari o caregiver di riferimento nell'affrontare le diverse problematiche che possono caratterizzare la crescita di un bambino con autismo o disturbo del neuro sviluppo (ad es. accettazione e conoscenza del problema, orientamento nella rete dei servizi, strategie per sostenere lo sviluppo e per affrontare le eventuali difficoltà comportamentali, etc.);
- ✓ Interventi di case-management ai sensi della ex-dgr 392/2013 (voucher erogato da Regione Lombardia tramite ATS Bergamo per prestazioni educative e psicologiche utilizzabili a scuola, a casa o presso il servizio rivolte alla famiglia del soggetto con autismo);
- ✓ Partecipazione ai Gruppi di Lavoro Operativi (GLO) dell'Istituto Scolastico frequentato dal minore, per la condivisione del Progetto Scolastico dell'alunno.

#### Destinatari

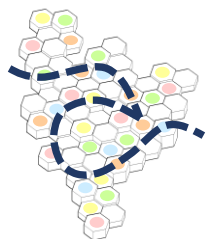
Minori di età compresa tra i 3 anni compiuti all'atto dell'iscrizione, ed i 14 anni compiuti all'atto dell'iscrizione, con Disturbo dello Spettro Autistico come da diagnosi UONPIA di riferimento o altro ente certificato; loro familiari e/o caregiver.

#### Orari

Gli interventi socio-educativi si svolgono nelle giornate di lunedì, martedì e giovedì nella fascia pomeridiana tra le 14:00 e le 18.00, con moduli di intervento giornalieri della durata di 1 ora e 50 minuti ciascuno.

Le attività di supporto alla famiglia possono essere organizzate negli orari d'apertura del servizio, in accordo con la famiglia.

Le attività di case-management ai sensi della ex-dgr 392/2013 possono altresì essere organizzate in diversi orari in accordo con la famiglia, la scuola o altri enti della rete implicati nei servizi erogati.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

È prevista, durante il periodo estivo, la possibilità di ampliare l'apertura del servizio attraverso l'attivazione di **Laboratori Estivi Specializzati**, in continuità con gli obiettivi del Progetto Individualizzato dell'utente, ma con un'attenzione particolare alla dimensione ludico-ricreativa. Il calendario dei Laboratori e le relative quote di compartecipazione a carico delle famiglie saranno presentati ai potenziali fruitori entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.

## Personale

3 Educatori Professionali Socio Pedagogici fronte utenza

1 Educatore Professionale con funzione di coordinamento e fronte utenza

1 Psicologo con funzione di supervisione esterna / interventi di case management

1 Responsabile Area Servizi Educativi

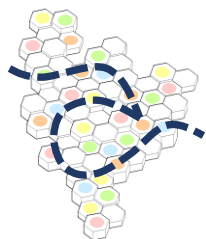
## **PUNTO E VIRGOLA – MODULO ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI**

### Servizi forniti

- ✓ Servizio socio-educativo diurno in piccolo gruppo, rivolto a orientare e accompagnare l'adolescente e il giovane adulto nel percorso verso l'autonomia e l'inclusione sociale. Le attività si realizzano attraverso **laboratori interni ed esperienze di natura socio-occupazionale**, anche mediante **protocolli di collaborazione** con diverse agenzie del territorio, sia del settore profit che non profit. Il servizio si caratterizza per un'elevata **specializzazione nelle tematiche evolutive legate alla transizione all'età adulta** di ragazzi nello spettro dell'autismo o altri disturbi del neurosviluppo.
- ✓ Supporto psicologico e pedagogico per le famiglie nell'orientamento post-scolastico, nella gestione delle tematiche evolutive dei ragazzi e nello sviluppo di un progetto di vita che coniughi le competenze della persona e le sue disposizioni;
- ✓ Interventi di case-management ai sensi della ex-dgr 392/2013 (voucher erogato da Regione Lombardia tramite ATS Bergamo per prestazioni educative e psicologiche utilizzabili a scuola, a casa o presso il servizio rivolte alla famiglia del soggetto con autismo);
- ✓ Predisposizione – se definiti a livello progettuale per il singolo utente – di percorsi di Tirocinio di Inclusione Sociale (TIS) in accordo con le famiglie degli ospiti e delle realtà territoriali disponibili

### Destinatari

Adolescenti e giovani-adulti con diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo con età compresa tra i 15 anni compiuti all'atto dell'iscrizione e i 35 anni di età compiuti all'atto dell'iscrizione; loro famiglie e/o caregiver; in particolari situazioni l'equipe può anche valutare l'inserimento in struttura di persone che abbiano superato il limite di età previsto, se tale accesso può essere funzionale al Progetto di Vita della persona e compatibile con le finalità del servizio stesso.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

## Orari

Gli interventi socio-educativi in piccolo gruppo si svolgono nelle giornate di **mercoledì e venerdì**, nella fascia oraria compresa tra le **9:00 e le 15:00**, con **fasce di accesso giornaliero differenziate**. In base alla valutazione di opportunità educativa effettuata dall'équipe, in accordo con la famiglia, può essere prevista la possibilità di accessi più brevi in ulteriori giornate della settimana. L'utente potrà inoltre accedere al servizio più volte a settimana, in funzione della scelta della famiglia e del **profilo di frequenza selezionato**, come indicato nella seguente tabella

Fascia A > accesso sino ad un massimo di 5 ore

Fascia B > accesso sino ad un massimo di 10 ore

Fascia C > accesso sino ad un massimo di 14 ore

## Personale

2 Educatori Professionali Socio Pedagogici fronte utenza

1 Educatore Professionale con funzione di coordinamento e fronte utenza

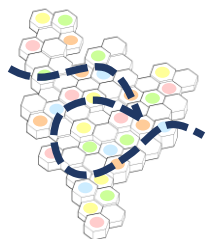
1 Psicologo con funzione di supervisione esterna / interventi di case management

1 Responsabile Area Servizi Educativi

## **PUNTO E VIRGOLA – CASE MANAGEMENT**

Azienda Isola, in qualità di ente gestore accreditato presso ATS Bergamo, è in grado di erogare interventi afferenti alla misura EX DGR 392/13 – Case Management. Questa misura - promossa e finanziata dalla Regione Lombardia a favore delle famiglie che hanno a carico persone con Disturbo dello Spettro Autistico - prevede la presa in carico della famiglia da parte dell'équipe multidisciplinare aziendale e consiste nella stesura di un Progetto individualizzato e nell'accompagnamento della famiglia in attività di supporto in questi quattro ambiti:

1. Informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con diagnosi di autismo;
2. Consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete dei servizi territoriali, sociali e sociosanitari, per la disabilità (soprattutto scuola e agenzie del territorio);
3. Sostegno alle relazioni familiari;
4. Messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro tra le famiglie, lo scambio di esperienze ed il reciproco aiuto.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

Il Progetto Individualizzato è quindi finanziato da un voucher regionale, la cui fruizione è subordinata sia alla presenza dei requisiti di accesso previsti dalla norma e sia alla capienza del budget regionale assegnato all'ente gestore. Altro requisito dirimente per Azienda Isola è la territorialità delle famiglie che desiderano iscriversi (residenza in uno dei 25 Comuni dell'Ambito Territoriale)

## **PUNTO E VIRGOLA – PERCORSI INFORMATIVI E DI SENSIBILIZZAZIONE**

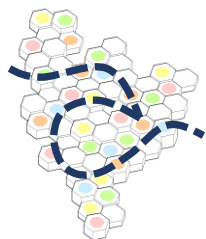
“Punto e Virgola” offre un’ulteriore specifica proposta afferente ad eventuali bisogni di informazione/sensibilizzazione sulle tematiche inerenti al disturbo dello spettro autistico. Tale offerta si configura in pacchetti informativi e di orientamento della durata di 3 ore, suddivise in due incontri ravvicinati da 1,5 h l’uno. Tali percorsi possono essere richiesti della singola persona e poi erogati sotto forma di incontri di gruppo. La loro attivazione è prevista con una richiesta minimo di 8 partecipanti. Gli interventi sono a titolo gratuito, a seguito di comunicazione scritta a Spazio Autismo “Punto e Virgola” e relativa conseguente organizzazione logistica e di contenuto con i richiedenti

### **MODALITA' DI PRESA IN CARICO ED ACCESSO AL SERVIZIO: Spazio “Punto e Virgola”**

Per entrambi i moduli previsti (minori e adolescenti/giovani adulti) dal Servizio, la segnalazione di un eventuale accesso presso lo stesso può essere effettuata direttamente dalla famiglia tramite apposito modulo di richiesta di ammissione. Eventualmente anche su indicazione della scuola, dell’UONPIA di territorio o dei servizi sociali del comune di residenza della persona, sempre con il coinvolgimento della famiglia. Questa segnalazione viene formalmente esplicitata tramite la compilazione e consegna (anche via e-mail) del modulo sotto riportato **(All.B)**. Per gli utenti già inseriti in servizio alla data di approvazione della CDS non si rende necessaria la sottoscrizione di tale modulo. Il loro accesso al servizio si intende in continuità con l’anno precedente, salvo diversa indicazione formale di non rinnovo da parte della famiglia.

In presenza di più richieste d’inserimento, viene contestualmente redatta una **LISTA D’ATTESA DI ACCESSO** (revisionata almeno semestralmente od ogni qualvolta se ne ravveda la necessità) costruita secondo i seguenti parametri:

1. territorialità della richiesta (precedenza ai residenti nell’Ambito Territoriale Isola Bergamasca);
2. compatibilità della richiesta di inserimento con la strutturazione, le risorse e la mission progettuale del servizio;
3. presenza per il potenziale iscritto di altri tipi di interventi/misure specialistiche extra-scolastiche già attive;
4. richiesta di reiscrizione dopo percorsi educativi già svolti in passato presso Spazio Autismo “Punto e Virgola
5. eventuale indicazione del servizio sanitario specialistico di riferimento (UONPIA);
6. data di presentazione della richiesta.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

I criteri sopra esposti sono organizzati in senso gerarchico: a parità di requisito, viene preso in considerazione quello immediatamente successivo.

A seguito della segnalazione viene valutata la possibilità di presa in carico da parte del servizio, stante la compatibilità della richiesta ed il soddisfacimento della lista d'attesa. Azienda si mette in contatto con la famiglia del potenziale nuovo utente (in rete eventualmente anche con UONPIA/scuola/servizi sociali) e definisce un primo colloquio conoscitivo con la stessa. A seguito del colloquio, si definisce un calendario di incontri/colloqui conoscitivi con l'utente (numero e durata definiti in accordo con la famiglia).

Al termine di questo periodo conoscitivo, la famiglia sottoscrive il modulo di iscrizione al servizio tramite compilazione dello stesso sulla cartella elettronica informatizzata **(All.C)** completo di tutte le sue parti, secondo la modalità di fruizione prescelta, ed inizia la frequenza al servizio. Al termine, indicativamente del primo mese di frequenza – considerato mese di osservazione - viene redatto il PEI sperimentale, condiviso poi con la famiglia dell'utente.

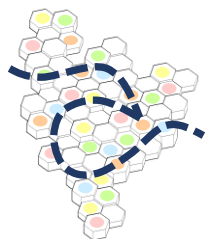
L'iscrizione a Spazio "Punto e Virgola" per entrambi i moduli ha durata annuale, dal 01 Gennaio al 31 Dicembre dell'anno di riferimento (o dal giorno dell'inserimento, se ad anno in corso, sino al 31/12) e deve essere rinnovata annualmente sino ad un massimo di due anni consecutivi, al termine dei quali, a seguito di verifica concertata con la famiglia, l'equipe multidisciplinare valuta se **a)** proseguire ulteriormente l'inserimento dell'utente in struttura per opportunità educativo/progettuale, con rivalutazione annuale, oppure **b)** proporre dei follow up strutturati all'utente ed alla sua famiglia attraverso la misura del Case Management, da richiedere contestualmente al termine dell'inserimento in struttura (fatti salvi i vincoli della normativa regionale).

Azienda Isola rende disponibile il servizio – compatibilmente con la situazione sanitaria in essere – all'accoglienza di eventuali Progetti Ponte e di Orientamento con gli istituti superiori per il modulo "adolescenti e giovani adulti". Le casistiche e le modalità verranno definite in itinere con le agenzie coinvolte al momento della richiesta espressa.

## **MODALITA' DI PRESA IN CARICO ED ACCESSO AL SERVIZIO: Case Management**

La segnalazione di un eventuale accesso alla misura di Case Management viene effettuata direttamente dalla famiglia all'Ente Gestore Azienda Isola (eventualmente anche a seguito di indicazione della scuola, dell'UONPIA di territorio e/o relativi servizi sanitari, o dei servizi sociali del comune di residenza della persona) tramite la compilazione di un Modulo di Iscrizione specifico **(All.D)**. Verificata **a)** la rispondenza della domanda con i requisiti di accesso alla misura (territorialità, requisiti normativi e documentali) e **b)** la capienza del budget a disposizione dell'Ente Gestore per l'anno di riferimento, l'equipe multidisciplinare aziendale procede alla stesura del Progetto Individualizzato e - dopo la condivisione con la famiglia - all'invio dello stesso presso ATS Bergamo (in qualità di organismo di controllo) ed alla sua successiva erogazione.





# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

## DIMISSIONI

Per **entrambi i moduli di Spazio Punto e Virgola** l'interruzione della frequenza ai servizi, per qualsiasi motivo essa si manifesti da parte della famiglia, deve essere comunicata esclusivamente per iscritto via e-mail agli indirizzi sottostanti. L'ente gestore si riserva altresì la facoltà di valutare eventuali dimissioni nel caso di situazioni particolari, sia di tipo economico (ad es. morosità continuativa nel pagamento delle rette) che di tipo gestionale/organizzativo (ad es. sopravvenuta inadeguatezza del servizio in relazione ai bisogni/fragilità dell'utente ed alle risorse spendibili per poterle soddisfare, prolungata assenza ingiustificata dell'utente). Le dimissioni con relativa presa in carico possono altresì determinarsi anche per sopraggiunto termine cronologico della frequenza bi o triennale e/o sopraggiunti limiti di età, così come sopra esplicitato. Le dimissioni, una volta formalizzate, determinano l'interruzione immediata della maturazione della retta. Si segnala inoltre che per l'eventuale prosecuzione dell'iscrizione all'anno successivo – per gli utenti già in carico – diventa necessario essere in regola con i pagamenti pregressi; diversamente, non sarà possibile reinscrivere al servizio nell'anno successivo.

Per la misura di **Case Management**, la stessa si conclude automaticamente al termine di ogni anno solare di riferimento, ed un eventuale rinnovo deve essere sempre effettuato a cura della famiglia. Tutta la documentazione prevista dalla misura (Diari, Progetto Individualizzato, etc.) deve essere **a)** sempre controfirmata dalla famiglia nei tempi definiti e comunicati dall'ente gestore, così come **b)** eventuali inadempienze familiari e/o imprevisti (ad es. assenze ai colloqui) devono essere comunicati per tempo e condivise con l'ente gestore, pena – per entrambe le casistiche - il decadimento all'accesso delle prestazioni erogate da Azienda isola, anche in corso d'anno.

## CONTATTI

### Azienda Isola

Via G. Bravi, 16 - 24030 Terno d'Isola (BG)  
Telefono 035.199.111.65 Fax 035.199.111.66  
Indirizzo e-mail [puntoevirgola@aziendaisola.it](mailto:puntoevirgola@aziendaisola.it)

### Referenti

Responsabile Area Servizi Educativi >

**Dott.ssa Elena Pedrinzani** tel. 344\_17.24.798

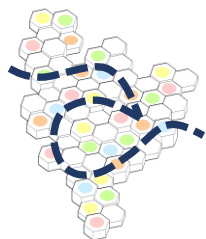
[epedrinzani@aziendaisola.it](mailto:epedrinzani@aziendaisola.it)

Coordinatore Spazio Autismo "Punto e Virgola" >

**Dott. Stefano Locatelli** tel. 342\_79.67.353

[stefano.locatelli@aziendaisola.it](mailto:stefano.locatelli@aziendaisola.it)

**Revisione Novembre 2025**



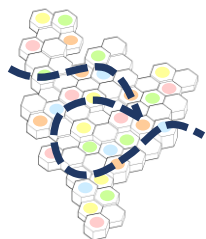
# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

## Allegato A: costi del servizio per il 2026

### MODULO INFANZIA

<p>Presenza di <b>entrambe</b> le condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Residenti in uno dei 25 comuni dell'ambito Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino</li><li>✓ ISEE Minorenni con valore uguale o inferiore a 15.000 Euro &gt; costo pari a <b>24 Euro/settimana</b> di contributo famiglia + <b>Quota Comune</b></li></ul> <p><b>Oppure</b> ISEE Minorenni con valore compreso tra 15.001 e 35.000 Euro &gt; costo pari a <b>26 Euro/settimana</b> di contributo famiglia + <b>Quota Comune</b></p> <p><b>Oppure</b> ISEE Minorenni con valore superiore a 35.000 euro &gt; costo pari a <b>30 Euro/settimana</b> di contributo famiglia + <b>Quota Comune</b></p>	<p>In presenza di <b>una</b> delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Residenza fuori dall'ambito (<i>*In presenza di lista d'attesa verrà garantita priorità d'accesso ai minori residenti nell'ambito</i>)</li></ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Il costo sarà pari a <b>50 Euro/settimana</b> di contributo da parte della famiglia + <b>Quota Comune</b></p>
<p><b>NB</b> Per <b>Quota Comune</b> si intende una contribuzione annuale – da parte del Comune di residenza dell'iscritto – pari alla quota famiglia annuale considerata nella fascia ISEE più bassa, ovvero <b>1104</b> euro annui. Tale contributo è da intendersi quale sostegno alla progettualità complessiva del servizio, che si manifesta non solo nell'accoglienza del minore iscritto ma anche in tutta la parte di lavoro legata alla progettualità ed al sostegno alle famiglie degli iscritti. L'iscrizione alle tariffe sopra esposte è subordinata all'accordo ed alla progettazione congiunta con il comune di residenza del cittadino, a seguito di invio di preventivo di spesa. In caso di mancato accordo, l'intera quota di iscrizione annuale sarà conteggiata alla famiglia dell'iscritto.</p>	
<p>Le settimane garantite di apertura del servizio sono pari a <b>46</b>, determinate calcolando il seguente Calendario di Apertura 2026 &gt;</p> <p><b>Dal 07/01/2026 al 29/05/2026</b> <b>Dal 08/06/2026 al 07/08/2026</b> <b>dal 31/08/2026 al 18/12/2026</b></p> <p>All'atto dell'iscrizione sarà fornito il preventivo annuale calcolato moltiplicando la quota settimanale per le settimane di apertura fino al 18/12/2026.</p> <p>La quota annua sarà suddivisa in 6 rate e verrà richiesto alla famiglia, dopo presentazione di fattura</p>	



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

bimestrale, il pagamento ogni due mesi.

**NB** In caso di iscrizione del minore anche ai Laboratori Specialistici Estivi (indicativamente luglio 2026) la quota d'iscrizione verrà riparametrata in base al prospetto con le modalità di iscrizione (accessi, costi etc) che verrà reso noto da Azienda Isola entro il 30/04 dell'anno di riferimento.

## Assenze

La quota concordata sarà richiesta alle famiglie anche in caso di assenze, ad eccezione delle situazioni che seguono:

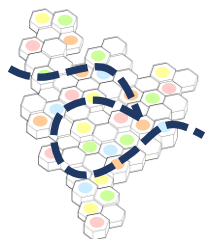
- Documentato (certificazione o autocertificazione) stato di malattia del minore che causa tre o più assenze consecutive o più;

In questi casi la quota d'iscrizione verrà decurtata nella fattura immediatamente successiva al periodo di assenza. In tutti gli altri casi la quota verrà conteggiata.

## Sospensione

In caso di assenza non preventivata per quattro o più settimane consecutive, o di mancato pagamento della retta, il servizio ha facoltà di porre la frequenza dell'iscritto in stato di sospensione per concedere ad altri minori eventualmente in lista di attesa di iniziare a partecipare ai laboratori specialistici; il successivo reintegro in servizio del minore assente ingiustificato è subordinato alla disponibilità di posti / Eventuali sospensioni dal servizio possono essere valutate dall'Equipe Multidisciplinare del Polo in relazione anche a particolari criticità e/o situazioni emergenziali che riguardino il minore.

L'ente gestore invia nei primi mesi dell'anno successivo a quello di riferimento certificazione di avvenuto pagamento complessivo delle quote dell'anno precedente / Le rette maturano a partire dell'avvenuta iscrizione al servizio dell'utente (i colloqui antecedenti sono esclusi dal conteggio della retta)

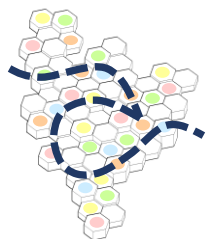


# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

## MODULO ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI

<p>Presenza di <b>entrambe</b> le condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ ISEE <u>SOCIO-SANITARIO</u> con valore uguale o inferiore a <b>22.000</b> Euro <b>OPPURE</b> <u>ISEE MINORENNI</u> con valore uguale o inferiore a <b>30.000</b> Euro</li><li>✓ Residenti in uno dei 25 comuni dell'ambito Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino</li></ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Il costo orario richiesto sarà il seguente:</p> <p style="text-align: center;"><b>[fino a 5 ore di frequenza]</b> Quota Comune: <b>6,5</b>; Quota famiglia: <b>2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[da 6 a 10 ore di frequenza]</b> Quota comune: <b>6</b>; Quota famiglia: <b>2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[da 11 a 15 di frequenza]</b> Quota comune: <b>5</b>; Quota famiglia: <b>2</b></p>	<p>In presenza della seguente condizione: <b><i>In caso di residenza in un comune non appartenente all'ambito il costo orario settimanali sarà richiesto interamente alla famiglia, salvo diversi accordi con il comune di provenienza secondo le tariffe sottoesposte.</i></b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Il costo orario richiesto sarà il seguente:</p> <p style="text-align: center;"><b>[fino a 5 ore di frequenza]</b> Quota Comune: <b>3</b>; Quota famiglia: <b>7</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[da 6 a 10 ore di frequenza]</b> Quota Comune: <b>2</b>; Quota famiglia: <b>6</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[da 11 a 15 di frequenza]</b> Quota Comune: <b>2</b>; Quota famiglia: <b>5</b></p>
<p><b>NB</b> Per <b>Quota Comune</b> si intende una contribuzione annuale – da parte del Comune di residenza dell'iscritto – pari al costo orario sopra esposto relativo alle ore di frequenza settimanali dell'iscritto. Tale contributo è da intendersi quale sostegno alla progettualità complessiva del servizio, che si manifesta non solo nell'accoglienza del minore iscritto ma anche in tutta la parte di lavoro legata alla progettualità ed al sostegno alle famiglie degli iscritti. L'iscrizione alle tariffe sopra esposte è subordinata all'accordo ed alla progettazione congiunta con il comune di residenza del cittadino, a seguito di invio di preventivo di spesa. In caso di mancato accordo, l'intera quota di iscrizione annuale sarà conteggiata alla famiglia dell'iscritto.</p>	
<p>Le settimane garantite di apertura del servizio sono pari a <b>46</b>, determinate calcolando il seguente Calendario di Apertura 2026 &gt;</p> <p><b>Dal 07/01/2026 al 29/05/2026</b> <b>Dal 08/06/2026 al 07/08/2026</b> <b>dal 31/08/2026 al 18/12/2026</b></p> <p>All'atto dell'iscrizione sarà fornito il preventivo annuale calcolato moltiplicando la quota settimanale per</p>	



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

le settimane di apertura fino al 18/12/2026.

La quota annua sarà suddivisa in 6 rate e verrà richiesto alla famiglia, dopo presentazione di fattura bimestrale, il pagamento ogni due mesi.

## Assenze

La quota concordata sarà richiesta alle famiglie anche in caso di assenze, ad eccezione delle situazioni che seguono:

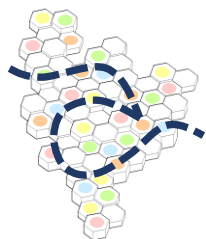
- Documentato (certificazione o autocertificazione) stato di malattia del minore che causa tre o più assenze consecutive o più;

In questi casi la quota d'iscrizione verrà decurtata nella fattura immediatamente successiva al periodo di assenza. In tutti gli altri casi la quota verrà conteggiata.

## Sospensione

In caso di assenza non preventivata per quattro o più settimane consecutive, o di mancato pagamento della retta, il servizio ha facoltà di porre la frequenza dell'iscritto in stato di sospensione per concedere ad altri minori eventualmente in lista di attesa di iniziare a partecipare ai laboratori specialistici; il successivo reintegro in servizio dell'iscritto assente ingiustificato è subordinato alla disponibilità di posti / Eventuali sospensioni dal servizio possono essere valutate dall'Equipe Multidisciplinare del Polo in relazione anche a particolari criticità e/o situazioni emergenziali che riguardino il minore.

L'ente gestore invia nei primi mesi dell'anno successivo a quello di riferimento certificazione di avvenuto pagamento complessivo delle quote dell'anno precedente / Le rette maturano a partire dell'avvenuta iscrizione al servizio dell'utente (i colloqui antecedenti sono esclusi dal conteggio della retta)



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

**Allegato B:** modulo richiesta di inserimento al servizio per il 2026

## Richiesta di Ammissione presso Spazio Autismo "Punto e Virgola" di Ponte S Pietro

Il sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Residente in: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_  
tel.n° \_\_\_\_\_  
In \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di: \_\_\_\_\_ del/la  
sig./ra: \_\_\_\_\_  
Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
Stato civile: \_\_\_\_\_

CHIEDE IL SUO INSERIMENTO PRESSO lo Spazio Autismo "Punto e Virgola" nel modulo:

- ☐ Infanzia  
☐ Adolescenti/Giovani Adulti

Dichiara inoltre di:

- essere a conoscenza dell'impegno economico a mio carico e/o del Comune di residenza, così come specificato in Carta dei Servizi (disponibile sul sito [www.aziendaisola.it](http://www.aziendaisola.it))
- essere in carico al servizio sociale di \_\_\_\_\_ e di far riferimento all'operatore \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_
- essere in carico al servizio sanitario/UONPIA di \_\_\_\_\_ e di far riferimento al medico/specialista \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_
- impegnarmi a fornire ad Azienda isola le informazioni e documentazioni necessarie all'istruttoria della domanda ed all'eventuale accoglienza presso la struttura.<sup>14</sup>
- impegnarmi a versare, secondo le modalità stabilite la quota spettante e gli eventuali adeguamenti previsti

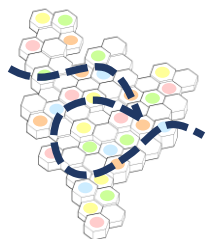
### INFORMAZIONI UTILI RELATIVE ALL'UTENTE

N° Tessera sanitaria: \_\_\_\_\_ N° esenzione ticket \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_ carta di identità n°: \_\_\_\_\_ Invalidità civile riconosciuta il : \_\_\_\_\_ percentuale: \_\_\_\_\_ Legge 104/92 il \_\_\_\_\_ indennità di accompagnamento dal: \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Documenti da allegare alla richiesta:

1. documentazione socio-sanitaria aggiornata (ad es. ultima diagnosi funzionale)
2. ISEE in corso di validità
3. Informativa privacy firmata



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

## INFORMATIVA PRIVACY

---

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano l'ammissione, nonché le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili, sotto citate: *Ai sensi del Regolamento UE 679/16 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione alle attività del servizio sperimentale disabili sede di Ponte San Pietro. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda Speciale Consortile Azienda Isola nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti.*

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione: **SI** [ ] **NO** [ ]

Data, luogo \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma dell'altro genitore in possesso della  
responsabilità genitoriale)

Nel caso in cui la domanda riguardi un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

**Allegato C:** modulo di iscrizione al servizio per il 2026 – fac simile cartella elettronica informatizzata

**SPAZIO AUTISMO “PUNTO E VIRGOLA” – PONTE SAN PIETRO**  
**MODULO D’ISCRIZIONE E DATI PER FATTURAZIONE QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE ANNO 2026**

**Il sottoscritto**

NOME E COGNOME del genitore \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE del genitore \_\_\_\_\_  
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

**Chiede**

Di iscrivere presso il servizio “Spazio Autismo Punto e Virgola” per il 2026:

NOME E COGNOME iscritto \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE dell’iscritto \_\_\_\_\_

Al seguente modulo:

☐ modulo infanzia

☐ modulo adolescenti/giovani adulti

**Impegnandosi**

al pagamento della quota annuale pari a euro \_\_\_\_\_

(quota settimanale \_\_\_\_\_ x numero \_\_\_\_\_ settimane)

dovuta in relazione al **seguito profilo di frequenza** (indicare giorni e orari) >

\_\_\_\_\_

**Dichiarando inoltre**

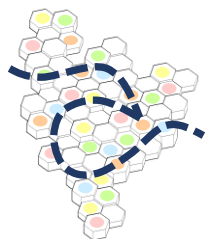
Di aver preso visione della Carta dei Servizi e di averne sottoscritto integralmente il contenuto

Data, luogo \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma dell’altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale)





# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

## DATI PER LA FATTURAZIONE

(segnalare in questo spazio i dati della persona fisica sulla quale emettere fattura. Una volta ricevuti i pagamenti. Azienda Isola provvederà a rilasciare una certificazione di avvenuto pagamento per l'eventuale presentazione in sede di dichiarazione dei redditi. Tale certificazione sarà riepilogativa e annuale e rilasciata nei primi mesi successivi all'anno di riferimento dei pagamenti)

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE da riportare in fattura \_\_\_\_\_

Allegati:

\**Informativa Privacy firmata*

\**Quaderno Sanitario aggiornato*

\***DA ALLEGARE** > *ultima diagnosi funzionale disponibile (UONPIA) se non presente*

\***DA ALLEGARE** > *ISEE 2025*

## INFORMATIVA PRIVACY

---

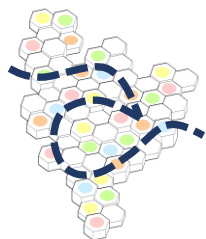
Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano l'ammissione, nonché le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili, sotto citate: *Ai sensi del Regolamento UE 679/16 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione alle attività del servizio sperimentale disabili sede di Ponte San Pietro. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda Speciale Consortile Azienda Isola nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti.*

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione: **SI [ ] NO [ ]**

Data, luogo \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(firma dell'altro genitore in possesso della  
responsabilità genitoriale)

Nel caso in cui la domanda riguardi un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

**Allegato D:** Quaderno Sanitario

## QUADERNO SANITARIO 2026

**Nome e Cognome Assistito:** \_\_\_\_\_

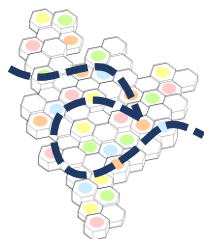
**N. TESSERA SANITARIA:** \_\_\_\_\_

DIARIO TERAPEUTICO ATTUALE / FARMACOTERAPIE ATTIVE
Ore.....(mattino) / .....
Ore.....(pranzo) / .....
Ore.....(cena) / .....
<b>EVENTUALI FARMACI AL BISOGNO:</b> ..... ..... .....

ALLERGIE	
<b>AI FARMACI e/o FARMACI VIETATI</b>	
<b>ALTRE ALLERGIE</b>	

VACCINAZIONI	
<b>VACCINAZIONE ANTITETANICA</b>	ANNO:

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma MMG/PLS \_\_\_\_\_



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

**Allegato E:** modulo di iscrizione alla misura Case Management Ex-DGR 392/13 per il 2026

## **DOMANDA per l'accesso alle funzioni DI CASE MANAGEMENT EX D.G.R. 392/2013- Anno 2026**

### **All'Ente Gestore**

Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val S.Martino

Via G.Bravi 16, Terno d'Isola BG

Il/La...sottoscritto/a..... nella sua qualità di:

☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno (vanno allegati i relativi decreti di nomina)

nato/a ..... prov ..... il .....

Residente in ..... C.a.p. .... Via .....

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

telefono ..... telefono cellulare .....

indirizzo e-mail.....

### **CHIEDE**

**di accedere alle funzioni di Case Management, ai sensi della D.G.R. n. X/392 del 12 luglio 2013, per l'anno 2026  
(salvo ulteriori provvedimenti regionali e fino ad esaurimento fondi)**

a favore di: Cognome ..... Nome .....

Nato/a a ..... prov.....il .....

Residente in ..... C.a.p. .... Via.....

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

presso il seguente Soggetto Erogatore .....

Inoltre dichiara di:

Frequentare la Scuola:

☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di primo grado ☐ Secondaria di secondo grado ☐ Università ☐ Svolgere attività lavorativa

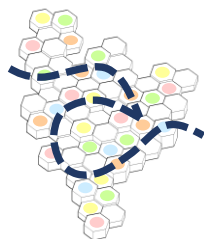
Essere in carico:

☐ all'UONPIA di: ..... ☐ DSM (Dipartimento Salute Mentale) di: .....

Frequentare Servizio Diurno: ☐ CDD ☐ CSE ☐ SFA ☐ Servizio Territoriale

Frequentare Servizio Residenziale: ☐ RSD ☐ CSS

usufruire di altre misure / interventi regionali: ☐ Case Management nell'anno \_\_\_\_\_



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

☐ Misura B1    ☐ Misura B2    ☐ di altra misura/ intervento (specificare) \_\_\_\_\_

- di essere a conoscenza che i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 e che verranno utilizzati, sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici, esclusivamente per finalità istituzionali dell'ATS connesse all'attuazione degli interventi del case management.

Con la presente il richiedente prende atto che:

1. la funzione di Case Management comporta l'erogazione delle sotto elencate attività:
  - informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con diagnosi di autismo,
  - consulenza alle famiglie e agli operatori della rete dei servizi territoriali, sociali e sociosanitari,
  - sostegno alle relazioni familiari,
  - predisposizione del Progetto Individuale in cui vengono prefigurati gli interventi da garantirsi attraverso la rete dei servizi alla persona e alla sua famiglia,
  - messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro delle famiglie, lo scambio di esperienze, il reciproco aiuto.
2. Non rientrano nelle attività di Case Management e quindi non oggetto di finanziamento le seguenti attività: prestazioni educative, riabilitative, sanitarie, socio sanitarie, sociali, di sollievo e comunque di natura diversa dal Case Management e dal supporto alle famiglie delle persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.

**ALLEGA:**

- Copia del documento di identità di chi presenta la domanda

***Nota bene: si precisa che non è necessaria la presentazione della documentazione sanitaria, salvo aggiornamenti sostanziali rispetto alla documentazione presentata precedentemente***

**(solo per le domande di NUOVO ACCESSO):**

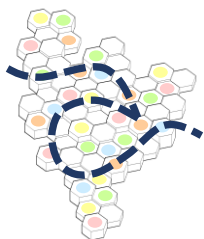
- ☐ Copia del certificato di invalidità civile (se in possesso)
- ☐ Certificazione sanitaria con diagnosi clinica, codificata preferibilmente secondo l'ICD 10 multiassiale o secondo l'ICD 9 CM (in assenza del riconoscimento di invalidità civile)
- ☐ Copia riconoscimento stato di handicap ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 1 (se in possesso)
- ☐ Copia certificato di gravità ai sensi L. 104/92 art. 3, comma 3 (se in possesso)
- ☐ Altra documentazione (specificare).....

**Data, luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale)

Nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

## Allegato F: Informativa Privacy

### INFORMATIVA PRIVACY

**Azienda Isola** con sede legale in Terno d'Isola (BG), Via Bravi 16, in qualità di  **Titolare del trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16, La informa che ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n.2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'Azienda.

#### 1. Trattamento di categorie particolari di dati personali

I dati seguenti da Lei forniti verranno trattati per la presa in carico nei servizi dell'Area fragilità/servizi educativi sono trattati i seguenti dati personali:

- dati anagrafici;
- dati giudiziari;
- dati economici;
- dati relativi allo stato di salute.
- dati relativi al titolo di studio e alle esperienze professionali

#### 2. Finalità del trattamento dei dati personali

I dati da Lei forniti verranno trattati per la partecipazione alle attività di "Spazio Autismo Punto e Virgola", per la predisposizione di progetti individualizzati e/o per l'attivazione di interventi e servizi, anche con la rete di sostegno.

#### 3. Modalità di trattamento e conservazione

I suoi dati personali saranno sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato nel rispetto delle adeguate misure di sicurezza previste dalle norme (art. 32 del GDPR), ad opera di soggetti appositamente incaricati e autorizzati.

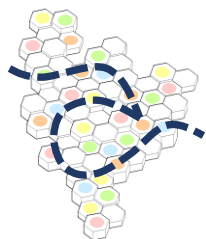
Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato per mezzo delle seguenti operazioni art. 4, n. 2) del GDPR): *raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione.*

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, il periodo di conservazione dei suoi dati personali è stabilito per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, nel rispetto dei tempi prescritti dalla legge.

#### 4. Ambito di comunicazione e diffusione

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra specificate, a:

- Comuni Soci – Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

- 
- Regione Lombardia,
  - Servizi sanitari e socio-sanitari, quali ad esempio UONPIA e CPS di territorio;
  - ATS Bergamo
  - Istituti Comprensivi Scolastici e Scuole Secondarie di Secondo Grado
  - Centri per l'Impiego, Centri di Formazione Professionale, Enti Accreditati al Lavoro e alla Formazione Professionale;
  - Consulenti e Tecnici Specializzati (servizi o singoli) quali ad esempio psicologi, logopedisti, psicomotricisti etc con i quali la famiglia e/o il servizio "Punto e Virgola" condividano il Progetto di Vita dell'iscritto
  - Altri enti ed erogatori di servizi;
  - Associazioni di categoria, Associazioni Sindacali, Agenzie di somministrazione, consulenti del lavoro, aziende private per l'inserimento al lavoro.

La informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno comunicati a soggetti o enti non precedentemente indicati, senza suo esplicito consenso.

## 5. **Diritto dell'Interessato**

In ogni momento, ha il diritto di ottenere dall'Azienda la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

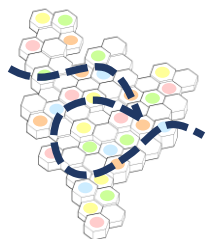
- le finalità del trattamento;
- le categorie di dati personali in questione;
- i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- l'esistenza del suo diritto di chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- qualora i dati non siano raccolti presso di Lei, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per Lei.

In seguito a specifica richiesta, l'Azienda fornisce una copia dei dati personali oggetto del trattamento. In caso Lei richieda ulteriori copie, l'Azienda potrà addebitare un contributo spese ragionevole, basato sui costi amministrativi come stabilito dal Consiglio di Amministrazione con delibera n. 16/2016.

Il diritto di ottenere una copia non deve ledere i diritti e le libertà altrui.

Ha il diritto di ottenere dall'Azienda la cancellazione dei dati personali che la riguardano, secondo quanto citato nell'art. 17 del GDPR, **Diritto alla cancellazione** (diritto all'oblio), quando:

- i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o trattati;
- revoca il consenso su cui si basa il trattamento e se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento;



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

- c. si oppone al trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento;
- d. i dati personali sono stati trattati illecitamente;
- e. i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto italiano o dell'Unione Europea.

Ha il diritto di ottenere dall'Azienda la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

- a. contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza dei dati personali;
- b) il trattamento è illecito e Lei si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- c) i dati personali sono necessari a Lei per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché l'Azienda non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento;
- d) si è opposto al trattamento, in attesa della verifica in merito alla eventuale prevalenza dei motivi legittimi della Fondazione rispetto ai suoi.

L'Azienda comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali, le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento Le comunica tali destinatari qualora Lei lo richieda.

Ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali che la riguardano forniti all'Azienda e ha diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte dell'Azienda qualora:

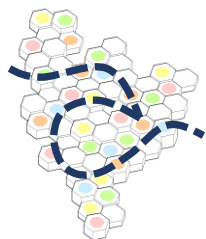
- a. il trattamento si basi sul consenso o su un contratto;
- b. il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati.

Ha diritto di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali dall'Azienda ad altro titolare del trattamento, se tecnicamente fattibile.

Ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano, compresa la profilazione.

L'Azienda si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sui suoi interessi, sui suoi diritti e sulle sue libertà oppure il trattamento è necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Per esercitare i suoi diritti la preghiamo di inviare la richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) nominato ai sensi art. 37 del GDPR, avv. Papa Abdoulaye Mbodj, all'indirizzo di posta elettronica [dpo@aziendaisola.it](mailto:dpo@aziendaisola.it)



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

## Titolare, Responsabile e Incaricati Autorizzati:

Il Titolare del trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del GDPR è Azienda Isola

Il Responsabile del Trattamento ai sensi degli artt. 4, 28 e 29 del GDPR è il Direttore dott. Marco Locatelli.

Il Responsabile della Protezione Dati (DPO) ai sensi art. 37 del GDPR è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

L'elenco aggiornato dei Responsabili e degli Incaricati autorizzati al trattamento è custodito presso la sede dell'Azienda

---

Da ritagliare e riconsegnare compilato con le due firme

## MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

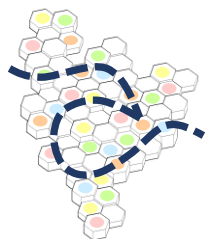
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4, 5, 7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i propri diritti e le finalità e, pertanto, presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali da parte di Azienda Isola in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.

Bergamo, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore in possesso della  
responsabilità genitoriale)

Nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori





# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

**Allegato G:** Modelli consenso pubblicazione materiale audio/video per minorenni e maggiorenni

**INFORMATIVA PER RACCOLTA CONSENSO**  
**PER UTILIZZO DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA e AUDIO-VIDEO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ (padre)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ (madre)

**in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minorenne**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

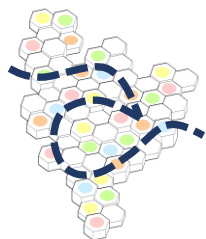
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, ai sensi del Regolamento UE 679/16 e ai sensi degli artt. 96 e 97 della Legge 22.4.1941, n. 633 s.m.i. (Legge sul diritto d'autore), **L'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino (Titolare del Trattamento)** ad utilizzare per finalità istituzionali, promozionali e pubblicitarie sulla carta stampata, digitalmente in internet e sui social network, le immagini fotografiche e riprese audio-video, nonché autorizza la conservazione delle stesse fotografie e riprese audio-video negli archivi informatici e prende atto che le finalità di tale utilizzo sono unicamente correlate alle attività del Titolare.

Ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16 il trattamento dei dati avverrà mediante l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

La presente autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione per iscritto da presentare al Titolare.

## **INFORMATIVA (ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679 /16)**

Si informa che il trattamento dei dati personali conferiti con la presente autorizzazione saranno trattati con modalità cartacee e informatiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle fotografie suindicate e nelle riprese audio-video, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività del Titolare del trattamento come indicate nella predetta autorizzazione. La prestazione del consenso al trattamento dei dati personali per la suddetta finalità è facoltativa.

In qualsiasi momento è possibile per gli interessati l'esercizio di tutti i diritti indicati dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (GDPR), in particolare, la richiesta di cancellazione dell'immagine fotografica e delle riprese audio-video. Il diritto potrà essere esercitato inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è **L'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino** con sede legale in Terno d'Isola (BG), Via Bravi 16.

Il Responsabile del Trattamento ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è il Direttore dell'Azienda, dott. Marco Locatelli.

Il Responsabile della Protezione dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

## **CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 679/16)**

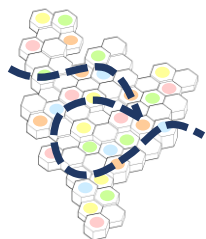
Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dopo aver preso visione dell'informativa e compreso i contenuti,

- ☐ **ACCONSENTONO**
- ☐ **NON ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali del minore/renne \_\_\_\_\_, per le



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

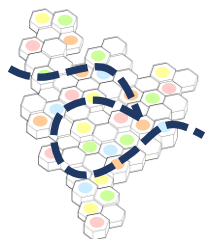
immagini fotografiche e riprese audio-video, con pubblicazione sulla carta stampata, digitalmente in internet e sui social network, ai sensi del Regolamento UE 679/16 per le finalità istituzionali, promozionali e pubblicitarie del Titolare.

Terno d'Isola, \_\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

---

## **INFORMATIVA PER RACCOLTA CONSENSO** **PER UTILIZZO DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA e AUDIO-VIDEO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA**

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, ai sensi del Regolamento UE 679/16 e ai sensi degli artt. 96 e 97 della Legge 22.4.1941, n. 633 s.m.i. (Legge sul diritto d'autore), **L'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino (Titolare del Trattamento)** ad utilizzare per finalità istituzionali, promozionali e pubblicitarie sulla carta stampata, digitalmente in internet e sui social network, le immagini fotografiche e riprese audio-video, nonché autorizza la conservazione delle stesse fotografie e riprese audio-video negli archivi informatici e prende atto che le finalità di tale utilizzo sono unicamente correlate alle attività del Titolare.

Ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16 il trattamento dei dati avverrà mediante l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio.

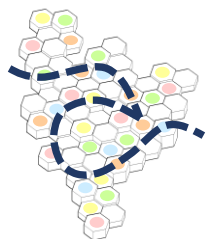
La presente autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione per iscritto da presentare al Titolare.

### **INFORMATIVA (ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679 /16)**

Si informa che il trattamento dei dati personali conferiti con la presente autorizzazione saranno trattati con modalità cartacee e informatiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle fotografie suindicate e nelle riprese audio-video, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività del Titolare del trattamento come indicate nella predetta autorizzazione. La prestazione del consenso al trattamento dei dati personali per la suddetta finalità è facoltativa.

In qualsiasi momento è possibile per gli interessati l'esercizio di tutti i diritti indicati dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (GDPR), in particolare, la richiesta di cancellazione dell'immagine fotografica e delle riprese audio-video. Il diritto potrà essere esercitato inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è **L'Azienda Speciale Consortile Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino** con sede legale in Terno d'Isola (BG), Via Bravi 16.



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Il Responsabile del Trattamento ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è il Direttore dell'Azienda, dott. Marco Locatelli.

Il Responsabile della Protezione dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

## **CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 679/16)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dopo aver preso visione dell'informativa e compreso i contenuti,

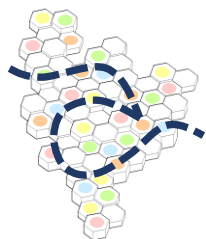
- ☐ **ACCONSENTE**
- ☐ **NON ACCONSENTE**

al trattamento dei dati personali (immagini fotografiche e riprese audio-video) con pubblicazione sulla carta stampata, digitalmente in internet e sui social network, ai sensi del Regolamento UE 679/16 per le finalità istituzionali, promozionali e pubblicitarie del Titolare.

Terno d'Isola, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

---

## Allegato H: Questionario Customer Satisfaction – Grado di Soddisfazione del Servizio

### GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO

2025

#### Livello Organizzativo

1. Ritenete che la **struttura** del servizio (stanze per le attività, locali igienici, spazio esterno, etc...) sia adeguata alle esigenze di vostro/a figlio/a in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

2. Ritenete che l'**orario del centro** (giorni di apertura, gite, eventuali soggiorni etc...) sia adeguato alle esigenze di vostro/a figlio/a in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

#### Livello Educativo/Progettuale

3. Ritenete che la **proposta educativa** del servizio (Progetto Individualizzato, interventi educativi, etc..) sia adeguata alle esigenze di vostro/a figlio/a in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

4. Ritenete che le **attività** che il servizio propone a vostro/a figlio/a nel proprio organigramma siano per lui/lei adeguate e soddisfacenti in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

5. Ritenete che gli **operatori** presenti all'interno del servizio (educatori, coordinatore) svolgano la propria attività in funzione del benessere di vostro/a figlio/a in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

6. Ritenete che le **figure professionali di consulenza** presenti all'interno del servizio (psicoterapeuta) svolgano la propria attività in funzione del benessere di vostro/a figlio/a in modo:

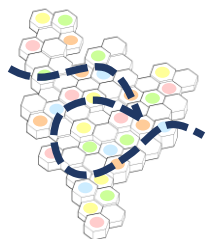
☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

#### Livello Assistenziale

7. Ritenete che la gestione dell'**igiene** di vostro/a figlio/a (pulizia, assistenza, etc...) sia effettuata dal personale del servizio in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Note:.....

8. Ritenete che l'aspetto della **cura** nei confronti di vostro/a figlio/a (abbigliamento, gestione degli effetti personali, attenzione alla salute e alle condizioni generali etc...) sia effettuata dal personale del servizio in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

## Livello Relazionale

9. ritenete che il livello delle **comunicazioni** tra **famiglie** e **operatori** del centro (passaggio informazioni, condivisione progetti, chiarezza, trasparenza, etc..) sia presente in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

10. Ritenete che il livello delle **comunicazioni** tra **famiglie** e **coordinatore** (passaggio informazioni, chiarezza, trasparenza etc...) sia presente in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

11. ritenete che il livello di **relazione** tra **famiglie** e **ente gestore/Azienda Isola** (passaggio informazioni, chiarezza, trasparenza, etc..) sia presente in modo:

☐ scarso ☐ insufficiente ☐ sufficiente ☐ buono ☐ molto buono ☐ non so

Note:.....

## DOMANDE FINALI:

- a) se doveste fare un RECLAMO per qualcosa che non funziona presso il servizio, cosa direste?

.....  
.....  
.....

- b) se doveste segnalare un PUNTO DI FORZA del servizio, qualcosa che vi soddisfa completamente, cosa segnalereste?

.....  
.....  
.....