

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/anato/a a il...../...../.....

Residente a(.....)Via/Piazzan.

Tel.....

E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Familiare Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra.....nato/a il...../...../...../

Residente a Via/Piazzan.

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: **Tel.:**

Vista la Determinazione Dirigenziale n. 2406 del 31/12/2020 con cui si approva l'Avviso di cui all'oggetto:

C H I E D E

PER L'ANNO 2022

ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, DI CUI ALL'ART. 3 D.M. 26/09/2016, IVI INCLUSI QUELLI A SOSTEGNO DELLE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. E DELLE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER

A TAL FINE DICHIARA:

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo in famiglia in Comunità altro: _____

Nell'annualità di riferimento ha usufruito dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio Assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi agli Uffici del Comune di residenza:

❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune di residenza e all'Ambito Distrettuale Sociale n. 9 "Val di Foro" l'eventuale ricovero del diretto interessato.

❖ **Allega alla presente domanda:**

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente Socio-sanitario (ISEE) dell'interessato in corso di validità;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
- Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
- per gli utenti beneficiari della precedente annualità del FNNA e già valutati dall'UVM: attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento** (rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti).

❖ **Dichiara**, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Modalità di pagamento

BANCA: _____ Agenzia: _____

Conto Corrente n°: _____ intestato a: _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale (NO LIBRETTO): n. _____ intestato a: _____

Codice IBAN: _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____

ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196 autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL REG. UE N. 679/2016 (GDPR)

Il Comune di FRANCAVILLA AL MARE, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), fornisce le seguenti informazioni:

a. il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Francavilla, con sede in Corso Roma 7- CAP 66023 - Francavilla al Mare, rappresentato dal Sindaco pro tempore quale legale rappresentante: Email: sindaco@comune.francavilla.ch.it ; PEC: protocollo@pec.comune.francavilla.ch.it; Centralino: 085.49201; il titolare tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza/comunicazione con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo). In particolare, verranno trattati dal titolare per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o, comunque, connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;

b. l'Ente ha designato quale soggetto attuatore degli adempimenti necessari per la conformità dei trattamenti di dati personali attinenti l'esecuzione del presente procedimento il Dirigente del Settore I Attività finanziarie, personale e politiche sociali, Dott.ssa Miranda De Ritis, Email: miranda.deritis@comune.franavilla.ch.it;

c. il conferimento dei dati è obbligatorio e il mancato conferimento non consente al titolare di svolgere l'attività/servizio da Lei richiesto. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività; i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Potranno essere comunicati ad altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. In qualità di interessato, Lei ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento medesimo (artt. 15 e seguenti del RGPD e, infine, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste. Lei ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla Sua persona, salvi i casi previsti dal RGPD.

d. **il Comune ha designato quale Responsabile della Protezione dei Dati il Dott. Colantuono**; il contatto del Responsabile della protezione dei dati (RPD) è:

Le informative sul trattamento dei dati personali contenuti nei *procedimenti/processi* di competenza di ciascuna unità organizzativa, e di cui fa parte anche l'attività a cui si riferisce la presente informativa, sono pubblicate sul sito web del titolare medesimo al Link: http://www.comune.francavilla.ch.it/pagina562_privacy.html

Luogo e data _____

Firma leggibile
