Alla AZIENDA SPECIALE SOCIALIS

Sede Territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ISTANZA PER L’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’**

**PRO.VI fondo 2020- esercizio 2022**

**(DGR n. XI/4408/2021 e Decreto n. 13978 del 19/10/2021)**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome ...................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

Codice Fiscale .................................................................................................................................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

in qualità di □ diretto interessato

oppure

□ amministratore di sostegno □ tutore □ altro ( specificare ) …………………………..

del/della sig./ra ......................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

**CHIEDE**

di poter accedere ai

PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**Di essere riconosciuto disabile ai sensi della L. 104/92**

**Certificazione invalidità**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

|  |
| --- |
| CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA |
|  |
| ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Oppure DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Percepisce INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO |

|  |
| --- |
| COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (specificare chi è convivente) |
| RAPPORTO DI PARENTELA | COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | CONVIVENTE (specificare dove è residente se non convivente) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Che il CARE GIVER FAMILIARE convivente è (specificare il grado di parentela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Oppure: che l’assistenza è prestata da assistente famigliare regolarmente assunta , e che la stessa presta assistenza per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore giornaliere

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del FNA – Misura B1 o B2:

* Nessuno
* SI – interventi della Misura B1
* SI – interventi della Misura B2

Il RICHIEDENTE:

* È in carico al Servizio Sociale Comunale SI'  NO 
* Assistente sociale di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc.…): SI'  NO 
* Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es.B2/B1– contributo per assistenti familiari, altro ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frequenta Unità d’offerta semiresidenziali: SI'  NO 
* Se SI quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con frequenza settimanale di ore\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE, evidenzia l’interesse per i seguenti interventi (barrare):

* assistenza personale: contributo a sostegno della spesa per la retribuzione dell’assistente personale
* abitare in autonomia: contributo a sostegno delle spese di locazione, condominiali, utenze ecc a fronte di un progetto di vita autonoma al di fuori del nucleo familiare di origine
* servizio educativo volti all’inclusione sociale e relazionale
* trasporto sociale : abbonamenti per mezzi pubblici o spese di trasporto privato finalizzati alla realizzazione di attività di inclusione sociale e relazionale.

E propone il seguente progetto di massima:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE, si impegna, in caso di selezione della domanda, ad elaborare in accordo con i servizi sociali di competenza, un progetto dettagliato con l’ente gestore scelto tra gli accreditati alla misura in oggetto.

**ALLEGA**

* verbale invalidità e riconoscimento dello stato di disabilità ai sensi della Legge 104/92
* altra eventuale documentazione sanitaria
* contratto di assunzione di assistente familiare;
* eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;
* eventuale atto di nomina di tutela del beneficiario (amministratore di sostegno, tutore, …);
* fotocopia carta d’identità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente;
* attestazione ISEE in corso di validità;
* estremi del conto corrente (iban) per versamento del contributo ( per le azioni assistente personale e abitare in autonomia).

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA CONSENSO PRIVACY**

**SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’**

**AZIENDA SOCIALIS – Azienda Servizi alla Persona del Territorio Suzzarese** con sede legale in P.zza Castello, 1 46029 Suzzara (MN) 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 e di altri soggetti 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 il comune.

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

Il Titolare del Trattamento potrà trattare categorie particolari di dati personali (art. 9 del GDPR) in quanto idonei a rilevare lo stato di salute o dati giudiziari (art. 10 del GDPR). Per i suddetti dati personali particolari e giudiziari, l’interessato apponendo la firma in calce al presente documento presta il proprio consenso.

1. **Finalità del trattamento di dati personali**

I dati da Lei forniti verranno trattati dal personale incaricato dell’Azienda, nominato e autorizzato, per la seguente finalità: I**NDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL** **SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’.**

**Modalità di trattamento e conservazione**

I suoi dati personali saranno sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato mettendo in atto misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio per garantire la sicurezza del trattamento (art. 32 del GDPR) mediante soggetti appositamente incaricati e autorizzati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato per mezzo delle seguenti operazioni art. 4, comma 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.

1. **Ambito di comunicazione**

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.

1. **Diritto dell’Interessato**

In ogni momento, Lei 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:

* 1. le finalità del trattamento;
	2. le categorie di dati personali in questione;
	3. i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
	4. quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
	5. 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;
	6. il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
	7. qualora i dati non siano raccolti presso di Lei, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
	8. 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.

Lei ha il diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano, secondo quanto citato nell’art. 17 del GDPR, **Diritto alla cancellazione** (diritto all’oblio), quando:

* 1. i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o trattati;
	2. Lei revoca il consenso su cui si basa il trattamento e se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento;
	3. Lei si oppone al trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento;
	4. i dati personali sono stati trattati illecitamente;
	5. i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto italiano o dell'Unione Europea.

Lei ha il diritto di ottenere da**l Titolare del Trattamento** la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

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

**Il Titolare** 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.

Lei 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.

**Il Titolare** 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) dell’Azienda nominato ai sensi artt. 37-38 e 39 del GDPR, all’indirizzo di posta elettronica: dpo@aziendasocialis.it

**Titolare Trattamento Dati - Responsabile Protezione Dati:**

* Il Titolare del trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è AZIENDA SOCIALIS.
* Il Responsabile della Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR per l’Azienda Socialis è AVV. PAPA ABDOULAYE MBODJ.

|  |
| --- |
| Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 diritti e le finalità e, pertanto, prestano il consenso e autorizzano il trattamento dei dati personali da parte di AZIENDA SOCIALIS in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |