

**FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
ANNUALITA' 2017/2018**

**DOMANDA DI ACCESSO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI o
DOMICILIATI STABILMENTE NEI COMUNI FACENTI PARTE DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE DI CAULONIA - FNA 2017/2018**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Prov. (____) il _____, e residente in _____ Via

_____ n. _____ C.F. _____

tel. _____,

(eventualmente)

In qualità di (tutore/amministratore/genitore) _____

di _____, nato/a a _____ Prov. (____)

il _____ residente in _____ Prov. (____)

Via _____

n. _____, C.F. _____, tel. _____

CHIEDE

Di essere ammesso al seguente servizio (indicare con una crocetta "X" il servizio richiesto):

- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD), rivolto a minori ed adulti con disabilità che non hanno compiuto i 65 anni;
- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani (SADA), rivolto ad adulti over 65 parzialmente o completamente non autosufficienti;

**A TAL FINE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000
DICHIARA:**

**(indicare con una crocetta "X" le dichiarazioni corrispondenti alla propria
condizione personale)**

- ☐ Di avere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea o, per cittadini extra UE, titolare di idoneo e valido permesso di soggiorno;

- ☐ Di essere residente o domiciliato stabilmente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;
- ☐ Di essere Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/92;
- ☐ Di essere Persona portatrice di disabilità ai sensi dell'art. 3 c. 1. L. 104/92;
- ☐ Di essere in possesso del riconoscimento di invalidità al 100%;
- ☐ Di essere in possesso del riconoscimento di invalidità tra il 74% e il 99%, che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
- ☐ Di essere affetta da malattie recenti non ancora certificate, che determinino una condizione di non autosufficienza temporanea o permanente, con indicazione della patologia e della limitazione funzionale;
- ☐ Di vivere da solo/a;
- ☐ Di avere, nel proprio nucleo familiare, la presenza di altri componenti in condizione di non autosufficienza (in tal caso allega certificazione);
- ☐ Di avere una attestazione ISEE familiare in corso di validità pari ad € _____ (in caso di disabilità dovrà essere presentato ISEE Socio-Sanitario);
- ☐ Di non essere ricoverato in una struttura residenziale pubblica o privata;
- ☐ Di non essere attualmente beneficiario di altri servizi previsti da progetti simili di assistenza e/o contributi economici erogati dall'ATS, ASP e/o Comuni.
- ☐ Di appartenere ad un nucleo familiare già in carico presso i servizi sociali comunali e/o di Ambito;
- ☐ Di accettare tutte le condizioni stabilite nell'avviso pubblico;

Allega alla presente domanda:

(indicare con una crocetta "X" i documenti allegati alla presente istanza)

- ☐ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ☐ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente in corso di validità, (nel caso in cui richiedente e beneficiario del servizio non coincidano allegare il documento di riconoscimento di entrambi i soggetti);
- ☐ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno) in corso di validità del beneficiario, qualora si tratti di persona extracomunitaria;
- ☐ Copia dell'eventuale provvedimento di nomina all'Ufficio di Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ☐ Copia della certificazione dello status di portatore di handicap di cui all'art. 3 comma 3 L. n. 104/1992 priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ☐ Copia della certificazione dello status di portatore di handicap di cui all'art. 3 comma 1 L. n. 104/1992 priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;

- ☐ Copia certificazione di invalidità civile pari al 100% priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ☐ Copia certificazione invalidità civile compresa tra 74% e il 99% che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza priva di Omissis dalla quale si evinca la diagnosi;
- ☐ Certificazione rilasciata dal Medico di Medicina Generale attestante la temporanea o permanente condizione di non autosufficienza con indicazione della patologia e della limitazione funzionale (solo in caso di malattie recenti per le quali non si è in possesso di Verbale Commissione Medica);
- ☐ Certificazione di non autosufficienza altro familiare convivente;
- ☐ Copia **Attestazione ISEE** in corso di validità pari ad € _____ (in caso di disabilità dovrà essere presentato ISEE Socio-Sanitario);
- ☐ Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione;
- ☐ Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 debitamente sottoscritta.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.445 del 28/12/2000.

SI IMPEGNA A:

comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda.

Luogo e data _____

Firma del beneficiario o del familiare

SCHEMA DI INFORMATIVA

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art.13 del D. Lgs.196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679(di seguito "GDPR2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Caulonia.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è, nella qualità di Rappresentante Legale pro tempore, il Dott.re Francesco Cagliuso, domiciliato per la carica di Sindaco in Caulonia alla Via Brigida Postorino:

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati è la società consortile Asmenet Calabria a.r.l..

Il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Socio-Culturale P.I. Dott.ssa Sonia Bruzzese.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, incluse le opportune comunicazioni al Comune di Caulonia.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D. Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di Legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire al Comune dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate dal Comune solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente

informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Comune non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'Autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta da inviare a Comune di Caulonia Via Brigida Postorino o all'indirizzo Pec: protocollo.caulonia@asmepec.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che procede. Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali di enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali, così come indicati nell'informativa che precede.

Luogo e data.....

Firma.....