

AMBITO DISTRETTUALE DI CERTOSA DI PAVIA

BASCAPÈ, BATTUDA, BEREGUARDO, BORGARELLO, BORNASCO, CASORATE PRIMO, GERANOVA, CERTOSA DI PAVIA, CURA CARPIGNANO, GIUSSAGO, LANDRIANO, LARDIRAGO, MARCIGNAGO, MARZANO, ROGNANO, RONCARO, SANT'ALESSIO CON VIALONE, SIZIANO, TORREVECCHIA PIA, TROVO, TRIVOLZIO, VELLEZZO BELLINI, VIDIGULFO E ZECCONE

Modulo Domanda SAD-SADH distrettuale

VOUCHER PER SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI (2° SEMESTRE 2019)

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____
nata/o a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ Prov _____ CAP _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare di _____ (cognome/nome) _____ (*)
- Tutore di _____ (cognome/nome) _____ (*)
- Curatore di _____ (cognome/nome) _____ (*)
- Amministratore di Sostegno di _____ (cognome/nome) _____ (*)

CHIEDE

L'assegnazione di **VOUCHER SOCIALE** per la realizzazione di Servizio di Assistenza Domiciliare rivolto a:

- PERSONA CON GRAVE DISABILITA'**;
- ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE**;

(*)(cognome/nome) _____
nata/o a _____ il _____
Residente a _____ Prov _____ CAP _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ Codice Fiscale _____

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- Che la persona destinataria dell'intervento:
 - ha un ISEE pari a € _____ (non superiore a € 20.000) e quindi comporta:
 - nessuna compartecipazione al costo del servizio
 - una compartecipazione al costo del servizio quantificata in € _____ all'ora

- Che la persona destinataria dell'intervento è:
 - Anziano non autosufficiente 100%;
 - Persona disabile con invalidità 100%;

- Che l'interessato ha scelto per la realizzazione del servizio, all'interno dell'Albo degli Operatori accreditati vigente, il seguente operatore economico:

- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

- di essere a conoscenza che il servizio sarà attivato previa valutazione dell'effettivo bisogno e sulla base di Progetto Assistenziale di Intervento redatto dall'Assistente Sociale del Piano di Zona di Certosa di Pavia

ALLEGA

- Copia verbale invalidità;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Copia documento d'identità e Codice Fiscale del beneficiario;
- Copia documento d'identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni dell'Ambito di Certosa di Pavia.
- Altro (specificare) _____

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA ai sensi del "Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (da ora in poi "GDPR") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolare e responsabile del trattamento

L'ente Comune di Siziano in qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR fornisce le informazioni sotto elencate ed è contattabile ai seguenti riferimenti:

Comune di Siziano

Piazza G. Negri, 1 - 27010 Siziano (PV) - Italy

Telefono (+39) 0382.67801 Fax (+39) 0382.617660

EMail: segreteria@comune.siziano.pv.it PEC: info@pec.comune.siziano.pv.it

Categorie di dati

Comune di Siziano tratterà i dati personali e/o sensibili su supporti cartacei ed elettronici

Finalità di trattamento dei dati e base giuridica

La finalità del trattamento è la valutazione per l'assegnazione di voucher per il servizio di assistenza domiciliare e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.

Fonte dei dati

Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.

Destinatari dei dati

I dati saranno trattati da Comune di Siziano per le attività legate al servizio. I dati non saranno oggetto di diffusione.

Trasferimento dei dati all'estero

I dati raccolti non saranno oggetto di trasferimento all'estero

Periodo di conservazione

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente da Comune di Siziano.

Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

Obbligatorietà del consenso

La prestazione del consenso al trattamento dati avviene tramite sottoscrizione della presente informativa.

Modalità di trattamento dei dati

I dati personali forniti formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare.

Siziano, li _____

Firma di consenso
al Trattamento dei Dati Personali

RISERVATO ALL'ASSISTENTE SOCIALE

POLO _____ ASSISTENTE SOCIALE REFERENTE _____

L'utente è:

- Ammesso al servizio con le modalità contenute nel progetto assistenziale allegato
- Non ammesso al servizio in quanto non in possesso dei requisiti richiesti dal regolamento

Data, _____

Firma dell'Assistente Sociale
