

**DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
*ai sensi della DGR XII/6320/2026***

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ prov. (_____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro (specificare) _____

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che **NON** sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 2)

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario

☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi

☐ sostituzione del caregiver familiare

☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (_____) _____

☐ contatti per le comunicazioni

nominativo _____

indirizzo e-mail _____ tel. _____

☐ dati relativi all'IBAN (*compilare pag. 3*)

3. di frequentare servizi ugenti servizi semi-residenziali (es. CSE, SFA, CDD, CDI..):

☐ NO ☐ SI, quale..... ore settimanali..... con contributo a carico dell'ente pubblico: ☐ SI ☐ NO

4. di mantenere i requisiti per la prosecuzione e non avere cause di incompatibilità riportate all'art. 2 dell'Avviso

CONFERMA

- il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐
- il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale
- (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐
- il progetto / intervento attivo SI ☐
- i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐
- contatti per le comunicazioni SI ☐
- dati relativi all'IBAN SI ☐

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata
- ☐ solo per minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già gravissimi) relazione specialistica aggiornata (ogni 2 anni)

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

Gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

[illegible]

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

≤ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatori)

≡ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

In caso di soggetto minorenni intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|