Al Comune di _____

Ambito di Ostiglia

AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI PREVISTI DALLA DGR XII/6320 DEL 15/06/2026 "PROGRAMMAZIONE REGIONALE RIVOLTA ALLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO E BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E MOLTO ELEVATO" – PIANO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2025 – 2027 residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Ostiglia

Il sottoscritto_____

Nato a _____prov. _____il _____

Residente nel comune di _____

In via _____n. _____

Telefono_____

e-mail_____Codice Fiscale _____

in qualità di

☐ diretto interessato

☐ famigliare grado di parentela_____

☐ tutore nominato con decreto n. _____del_____

☐ amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____del_____

del sig. (Cognome e Nome) _____

nato a _____prov._____il_____

residente nel comune di _____

in via _____N. _____

telefono_____

e- mail_____ codice fiscale_____

CHIEDE

- ☐ MISURA SERVIZI
- ☐ MISURA SOSTEGNO:
  - ☐ ASSISTENTE FAMILIARE
  - ☐ BUONO CAREGIVER (solo per target adulti e minori)

☐ NUOVA DOMANDA

☐ DOMANDA IN CONTINUITA'

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

DICHIARA

- che il richiedente si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che il richiedente è già fruitore di *(barrare le voci interessate):*

Specificare servizi e/o sostegni economici fruiti dalla persona beneficiaria (barrare una o più caselle):

- ☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD spesa sostenuta annuale _____
- ☐ ADI
- ☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.) spesa sostenuta annuale _____
- ☐ Misura Case management ex DGR 392/2013
- ☐ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata _____)
- ☐ Servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
- ☐ Dopo scuola _____costo sostenuto _____
- ☐ Educativa domiciliare
- ☐ Centri diurno ☐ CSE ☐ CDD ☐ SFA (☐ part – time) (☐ full – time) spesa sostenuta annuale:_____
- ☐ Riabilitazione ambulatoriale / domiciliare spesa sostenuta annuale _____
- ☐ Riabilitazione minori ambulatoriale
- ☐ Prestazioni Home Care Premium
- ☐ Frequenza servizi riabilitativi scolastici (Casa del Sole)
- ☐ Altro (specificare _____)
- ☐ Nessuno

DICHIARA ALTRESI'

di essere in possesso di (*spuntare le voci che interessano*):

☐ beneficiario di indennità di accompagnamento

☐ beneficiario di indennità di frequenza

☐ certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

☐ un ISEE sociosanitario e/o del nucleo ristretto pari a € _____

Oppure

☐ un ISEE ordinario (solo per richieste a favore di minori) pari a € _____

Che il nucleo familiare è nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):
☐ Presenza nel nucleo di n. persone _____con invalidità tra il 67% e il 100%
☐ Presenza nel nucleo di altro richiedente per la domanda FNA (specificare nome e cognome di chi beneficia come primo richiedente _____e come secondo richiedente_____

Per i minori :
☐ famiglia monogenitoriale
☐ famiglia con genitori separati
☐ entrambi i genitori residenti all'interno del nucleo

Nel nucleo familiare:
☐ entrambi i genitori svolgano attività lavorativa a tempo pieno (almeno 36 ore settimanali)
☐ un genitore svolga attività lavorativa a tempo pieno e uno a tempo parziale
☐ entrambi i genitori svolgano attività lavorativa a tempo parziale
☐ solo un genitore svolga attività lavorativa
☐ nessun genitore lavora

DATA_____

IL RICHIEDENTE
(*firma leggibile*)
_____

IL SOTTOSCRITTO esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei dati per la finalità sopra indicata.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Sociale Destra Secchia, in qualità di Titolare del trattamento, saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Tutti i dati personali degli interessati, ed eventualmente quelli appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE o relativi a condanne penali e reati ai sensi dell'art. 10 del Regolamento UE, sono trattati dal Titolare del trattamento per esercitare un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (articolo 6.1.e, articolo 9.2.g Regolamento 679/2016/UE).

I dati personali saranno trattati per poter erogare le prestazioni e i servizi richiesti nell'ambito dell'attivazione delle misure di sostegno individuale.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per le finalità indicate. Il loro mancato conferimento comporta la mancata erogazione del servizio richiesto, del suo corretto svolgimento e degli eventuali adempimenti di legge.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici e si svilupperà in modo da ridurre al minimo il rischio di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato, di trattamento non conforme alle finalità della raccolta dei dati stessi. I dati personali sono trattati nel rispetto del principio di minimizzazione, ai sensi degli articoli 5.1.c e 25.2 del Regolamento 679/2016/UE e in modo lecito e secondo correttezza.
I dati personali dell'interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dalla legge e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

ricorsi/contenziosi.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare è il seguente soggetto:

DPO	*P.IVA*	*Via/Piazza*	*CAP*	*Comune*	*Nominativo del DPO*
LTA Srl	*14243311009*	*Via della Conciliazione, 10*	*00193*	*Roma*	*Federica Segala*

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede dell'Azienda Sociale Destra Secchia in Via Gnocchi Viani 16 – 46035 Ostiglia.

In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer può essere contattato utilizzando il seguente recapito: privacy@aspdestrasecchia.it.

I dati sono conservati presso gli Uffici e i Servizi dell'Azienda Sociale Destra Secchia.

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).*

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.
L' Interessato ha sempre il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per

l'esercizio dei suoi diritti o per qualsiasi altra questione relativa al trattamento dei suoi dati personali.

Luogo e data: _____ Firma _____

ALLEGA

- Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980 e Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 (quando in possesso)
- Eventuale certificato di invalidità superiore al 67% di altri componenti il nucleo familiare del beneficiario;
- Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto;
- ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Copia del documento d'identità del beneficiario e del firmatario (se persona diversa);
- Se il beneficiario è un minore: contratto di lavoro o ultima busta paga del/i genitore/i che svolgono l'attività lavorativa;

- <u>Se richiesta misura sostegno</u>:

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

- Codice IBAN rilasciato dalla Banca o Poste Italiane (In caso di libretto postale si chiede di verificare la possibilità di ricevere altri bonifici oltre al versamento della pensione altrimenti non sarà possibile il versamento del beneficio);
- Eventuale Delega alla riscossione del contributo da persona diversa dal beneficiario;

in caso di assistente famigliare regolarmente assunto:

- copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare in cui sia chiaramente riportato il costo del servizio o documentazione relativa al contratto di fornitura del servizio di assistenza da parte di soggetto terzo (es Cooperativa) – solo in caso di assistente famigliare,
- copia del versamento dei contributi,
- ultima busta paga,

Data _____ *Firma* _____

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza