

Al Sig. Sindaco
Comune di _____
Ambito Distrettuale della Lomellina

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI TITOLI SOCIALI
- VOUCHER EDUCATIVO PER DISABILI**

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome)

Nato/a: Prov di Il

Residente in Via/Piazza n°...

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento): Tel. / Tel. /

CHIEDE

- di essere inserito/a nella graduatoria per l'assegnazione del Voucher domiciliare educativo. A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.
- che il/la minore (cognome).....(nome)..... nato/a.....prov.di.....il..... Residente in Via/Piazza n°.....sia inserito/a nella graduatoria (anno) per l'assegnazione del Voucher domiciliare educativo. A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

(BARRARE LE VOCI INTERESSATE)

- di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità _____ (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.T.S. di)
- di essere stato riconosciuto/a invalido/a con diritto all'indennità di accompagnamento (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.T.S. di)
- di avere presentato la domanda per il riconoscimento di invalidità civile e/o accompagnamento in data presso la A.T.S. di

oppure, che il/la minore:

- sia in possesso del certificato di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3;
- di essere stato riconosciuto/a invalido/a con diritto all'indennità di accompagnamento (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.T.S. di)

Inoltre:

- di essere seguito dal Servizio Sociale di competenza

- che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

cognome e nome	grado di parentela/altro	Data di nascita	Invalità civile/indennità di accomp. (indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che i parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.), non conviventi sono:

cognome e nome	grado di parentela/altro	Data di nascita	Residenza	Professione

- che usufruisce dei seguenti servizi domiciliari o che ha richiesto (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo È stato richiesto
S.A.D. educativo (Servizio di assistenza domiciliare) – Comunale		
VOUCHER socio – sanitario – A.T.S.		
Altro		

- di essere in possesso di attestazione ISEE pari ad €
- che il proprio medico curante è il Dott.....
- che il Voucher domiciliare educativo per disabili verrà utilizzato per l'acquisto di:
 - Prestazioni di tipo educativo:
 - sostegno ad una corretta socializzazione e sviluppo delle capacità relazionali
 - osservazione e correzione delle dinamiche familiari e delle relative modalità educative

Data

Firma

Si allega:

- copia del documento d'identità del richiedente
- copia DSU e attestazione ISEE
- copia certificato di invalidità, accompagnamento o certificato di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR – REGOLAMENTO UE 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali) si informano gli interessati che i dati personali, compresi quelli particolari (c.d. Dati sensibili) e quelli relativi a condanne penali o reati (c.d. dati giudiziari), sono trattati dal Comune di Vigevano in qualità di titolare del Trattamento, esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione del presente contributo e per le successive attività di controllo.

Il trattamento dei dati forniti direttamente dagli interessati o comunque acquisiti per le suddette finalità, è effettuato presso il comune di Vigevano anche con l'utilizzo di Procedure informatizzate da persone autorizzate ed impegnate alla riservatezza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di contributo, nonché agli adempimenti conseguenti.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo in cui il procedimento può produrre effetti ed in ogni caso per il periodo di tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e dei documenti amministrativi.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, e diffusi con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, quando tali operazioni siano previste da disposizioni di legge o di regolamento.

I dati di natura personale forniti non sono trasferiti all'estero, all'interno o all'esterno dell'unione europea.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e ss. del GDPR ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione del trattamento, l'aggiornamento, se incompleti o erronei, e la cancellazione se ne sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo la richiesta:

Al comune di Vigevano, in qualità di titolare, ai sensi dell'art. 26 del GDPR, Corso Vittorio Emanuele Secondo, 25 – 27029 - Vigevano (PV) Oppure - al responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer – dpo) al seguente indirizzo e-mail: dpo@comune.vigevano.pv.it

Infine, si informa che gli interessati, ricorrendone i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'autorità di controllo italiana – garante per la protezione dei dati personali – Piazza di Monte Citorio n, 121 – 00186 Roma

DICHIARA

- di aver ricevuto e letto la presente informativa di cui all'art. 13 del GDPR – Regolamento UE 2016/679;
- di prestare il proprio consenso affinché i propri dati vengano comunicati al fine di acquisire informazioni e dichiarazioni per valutare l'ammissibilità di quanto richiesto;
- di autorizzare “senza impedimenti” la trasmissione dei dati da me forniti all'INPS nell'ambito del debito informativo “Casellario dell'Assistenza”

Luogo e data

Nome e cognome



Città di Vigevano
Provincia di Pavia

Settore Politiche Sociali, Risorse Umane, Programmazione e Partecipate

Servizio Programmazione e Piano Zona

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA – Ufficio di Piano

VOUCHER EDUCATIVO PER DISABILI

ANAGRAFICA	PROTOCOLLO _____	CODICE ASSISTITO _____		
	COGNOME _____	NOME _____		
	DATA DI NASCITA _____	SESSO: F M		
	INDIRIZZO _____	TEL. _____		
RILASCIO VOUCHER	<input type="checkbox"/> PRIMA ASSEGNAZIONE	DAL _____ AL _____		
	<input type="checkbox"/> PROROGA	DAL _____ AL _____		
	<input type="checkbox"/> CAMBIO PROFILO	DAL _____ AL _____		
PROFILO ASS. DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> INTENSITA' _____	EURO _____ AL MESE		
DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE	Il richiedente _____ , dichiara di scegliere la _____ per le prestazioni di assistenza domiciliare secondo le modalità sopra riportate. Firma _____			
DICHIARAZIONE ENTE ACCREDITATO	L'Ente Accreditato _____ si impegna a fornire le prestazioni così come sopra riportate e a comunicare all'interessato e all'Ufficio di Piano ogni eventuale cambiamento. Firma _____			
	Data _____	<table border="1"><tr><td>AUTORIZZAZIONE</td><td>del'U.d.P.</td></tr></table> Firma e timbro _____	AUTORIZZAZIONE	del'U.d.P.
AUTORIZZAZIONE	del'U.d.P.			