

Al Sig. Sindaco  
Comune di \_\_\_\_\_  
Ambito Distrettuale della Lomellina

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI TITOLI SOCIALI  
- VOUCHER SOCIALE -**

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 Sociale.
- Di inserire il/la sig./sig.ra (cognome)..... (nome).....  
Nato/a: ..... Prov di ..... Il .....  
Residente in Via/Piazza .....  
n°..... nella graduatoria per l'assegnazione del Voucher Sociale

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 e s.m.i. , per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

- di essere in possesso del verbale di invalidità con grado \_\_\_\_\_ (come da verbale numero ..... in data ..... rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.T.S. di .....)  
Indennità di accompagnamento SI'      NO
- di avere presentato la domanda per il riconoscimento di invalidità civile e/o accompagnamento in data ..... presso la A.T.S. di .....
- 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


- di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo):

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

- di essere in possesso di attestazione ISEE pari ad € .....
- che il proprio medico curante è il Dott.....
- che il Voucher sociale verrà utilizzato per l'acquisto di:
  - Prestazioni di sostegno alla persona quali:
    - aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc.
    - aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali
    - disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi
    - preparazione pasti, lavanderia e stireria
  - Prestazioni di tipo complementare quali:
    - pulizia straordinaria dell'ambiente domestico da effettuarsi anche con l'uso di macchinari in caso di grave compromissione delle condizioni igieniche – sanitarie
    - servizio di trasporto presso strutture sanitarie e riabilitative per visite, esami e terapie, socio-educative, socio – assistenziali

Data

Firma

Si allega:

- DSU con attestazione ISEE
- copia verbale di invalidità
- in assenza di verbale attestante l'invalidità: copia della domanda di invalidità inoltrata integrata da idonea documentazione medica attestante la gravità del caso e l'urgenza;
- copia di un documento di identità (carta d'identità o libretto di pensione)
- in caso di impossibilità alla firma certificato del medico curante comprovante l'impossibilità di sottoscrivere

#### **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](mailto: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 SOCIALE

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.			