



P.L.U.S. - Ambito Territoriale Distretto di Siniscola

COMUNE DI SINISCOLA

Ufficio per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona

Modulo di Domanda **“ Ritornare a Casa Plus 2021”** (art 17.co.1 L.R. 11.05.2006 n° 4 – D.G.R. n°63/12 del 11.12.2020) **Livello Assistenziale Base A.** Scadenza Domande: 31.10.2021

ALLEGATO 1

*Comune di Siniscola
All'Ufficio di Piano del Distretto di Siniscola
Via Giuseppe Verdi
08029 Siniscola (NU)*

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov . _____) il _____

CF _____ residente a _____

in Via _____ n° _____

telefono _____ cellulare _____.

E-Mail _____

in qualità di:

- Beneficiario
- Amministratore di Sostegno-Tutore-Curatore
- Familiare di riferimento (indicare il grado di parentela)
- Persona delegata a proporre domanda in nome e per conto del beneficiario
- Altro

(compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente)

del/la Sig./ra nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

CF _____ residente a _____ in Via
_____ n° _____

telefono _____ cellulare _____

E-Mail _____

DICHIARA

che il beneficiario/a _____ **con disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992**, necessita di interventi di natura sociale e sanitaria e

- E' inserito o in procinto di esserlo, a seguito di valutazione UVT, in percorsi di cura all'interno di Strutture Residenziali o Centri Diurni Integrati a valenza socio riabilitativa, che ha dovuto interrompere, o non ha potuto effettuare, l'inserimento a causa delle disposizioni emergenziali Covid;
- Non è beneficiario/a di un Piano Personalizzato L. 162/1998 ;
- E' beneficiario/a ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzati L. 162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- Rinuncia al Piano Personalizzato L. 162/1998, in caso di riconoscimento del "Ritornare a casa Plus 2021";

CHIEDE

Di poter avere accesso al Programma "**Ritornare a Casa Plus 2021**" per **Livello Assistenziale Base A.**

Allega a tal fine la seguente documentazione:

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario;
2. Fotocopia della tessera sanitaria del richiedente e del destinatario;
3. ISEE socio sanitario 2021;
4. Decreto di nomina tutore/ curatore/amministratore di sostegno del destinatario;
5. Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 104/92, oppure copia di verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013 (Definizione ai fini ISEE della condizione di disabilità media, grave e di non autosufficienza);
6. Idonea documentazione e/o autocertificazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;

7. Copia del verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza;

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Siniscola ed in alternativa, spedita per posta elettronica all'Ufficio Pua del Distretto di Siniscola al seguente indirizzo mail: pua.comune.siniscola@gmail.com

Si precisa che alla documentazione andranno allegati solo referti e certificazioni dei medici specialisti. Non si dovranno allegare radiografie, esami del sangue, prescrizioni di farmaci etc.

INFORMATIVA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
2. I dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali dall'amministrazione procedente e competenze, in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati.
3. Essi potranno essere comunicati a istituti pubblici o privati sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali nell'interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;
4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.
5. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l'accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;

- g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali dell'amministrazione competente e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

_____ Lì _____

Il Dichiarante
