



PROTOCOLLO

Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani e Portatori di Handicap

Delibera

All'ufficio del servizio Sociale del Comune di BOSA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

► Dati del dichiarante

Io Sottoscritto

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE			
NATO IL		A	
		PROV	
STATO		CITTADINANZA	
RESIDENTE IN		PROV	
		CAP	
INDIRIZZO			N. CIV.
TELEFONO		CELLULARE	
EMAIL			
PEC			

CHIEDE

► ☐ IN SUO FAVORE

► ☐ IN FAVORE DEL/LA PROPRIO/A

Di poter usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani, Portatori di Handicap e Famiglie, impegnandosi al pagamento, con le modalità stabilite dall'amministrazione, della tariffa che sarà stabilita da codesto Comune sulla base delle disposizioni legislative e regolamentari.

► Soggetto destinatario dell'Assistenza *(compilare se diverso dal dichiarante)*

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE			
NATO IL		A	
		PROV	
RESIDENTE IN		PROV	
		CAP	
INDIRIZZO			

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

► che la composizione del nucleo familiare dell'anziano/disabile è la seguente:

n.	Cognome Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Grado parentela
1				<i>Beneficiario</i>
2				
3				
4				
5				

► ☐ che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 (allegare verbale)

► ☐ che il destinatario dell'intervento è riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica della ASL come previsto dal relativo verbale (allegare verbale)

► ☐ che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:

• ☐ assistenza domiciliare da parte della ASL per n. ore

• ☐ altro (specificare)

► ☐ che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

• ☐ vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza

• ☐ vive con familiari che non possono assisterlo

► ☐ Che l'ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità alla presentazione dell'istanza relativo alla situazione economica del destinatario dell'intervento è di Euro

► ☐ Che nel nucleo familiare del soggetto destinatario dell'intervento sono presenti le seguenti indennità di accompagnamento ¹:

1. Cognome e nome

2. Cognome e nome

3. Cognome e nome

¹ Da indicare, ove presenti, quella del destinatario dell'intervento e/o dei componenti il nucleo familiare SOLO se il destinatario dell'intervento è soggetto maggiorenne. In caso il destinatario dell'intervento sia soggetto minorenni non si considera l'indennità di accompagnamento.

DICHIARA INOLTRE

- Per la gestione degli interventi previsti dal Piano di Assistenza Domiciliare di scegliere tra le seguenti cooperativa accreditate:
 - ☐ Cooperativa Sociale SIRONE con sede legale in Suni
 - ☐ Cooperativa LA CLESSIDRA con sede legale a Villacidro
 - ☐ Cooperativa PINTADERA con sede Legale a Pozzomaggiore
- Di impegnarsi a corrispondere per il servizio richiesto, nelle modalità che mi saranno indicate, la tariffa oraria che verrà definita in base al reddito ISEE, come previsto dal regolamento unico d'Ambito del Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani.

ALLEGA

► A tal fine allega la seguente documentazione:

- certificazione ISEE di tipo SOCIO SANITARIO in corso di validità
- (eventuale) verbale commissione medica ai sensi L. 104/92
- (eventuale) verbale commissione medica ASL per Invalidità Civile
- Altro (specificare)

PRECISAZIONI:

1. l'Amministrazione si riserva la facoltà di fare eseguire le opportune indagini sulla veridicità di tutte le dichiarazioni effettuate sul presente modulo;
2. le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza del beneficio, verranno perseguite penalmente ai sensi dell'art. 71, 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000
3. Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa, posta alla fine del presente modulo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta.
4. Ai fini dell'istruttoria della pratica si autorizza alla consultazione delle procedure informatiche dei servizi INPS sotto riportati:
 - a) Duplicato Cud (Pensioni e Prestazioni a sostegno del reddito)
 - b) Duplicato ObisM
 - c) Attestazioni ISEE
 - d) Casellario dell'assistenza

Bosa,

Firma del richiedente
Firma per esteso e leggibile

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Bosa, con sede in Bosa, Corso Garibaldi n. 10, PEC: protocollo@pec.comune.bosa.or.it , tel: 0785/368000, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi. Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella NICOLA ZUDDAS S.r.l., con sede in Cagliari, Via G.B. Tuveri n. 22. Referente: Avv. Dott. Ivan Orrù - email: privacy@comune.it - PEC privacy@pec.comune.it

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.