



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 2022**” (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: 15.11.2022

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./ranato/aa _____ (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, ononhapotutoeffettuare, 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 a40;
- Rinuncia al Piano Personalizzato L. 162/1998, in caso di riconoscimento del "Ritornare a casa Plus 2022";

CHIEDE

Di poter avere accesso al Programma "**Ritornare a Casa Plus 2022**" 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 semi-residenziali 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, i diritti 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, 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.

_____ Li _____

Il Dichiarante
