



Distretto Sociosanitario di Carbonia

Al Comune di Villaperuccio
Ufficio Servizi sociali

Allegato 1

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L.112/2016
DOPO DI NOI**

Il sottoscritto, nella sua qualità di:

- diretto interessato/a
 rappresentante legale

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____ / _____ / _____

C.F. _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ email: _____ @ _____

Chiede, ai sensi della L. 112/2016 (“Dopo di Noi”) e della DGR 52/12 del 22/11/2017, l’attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei seguenti interventi:

- Percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è:

(da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario)

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

C.F. n. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ email: _____ @ _____

2. Il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi:

3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:

- mancante di entrambi i genitori
- i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
- in vista del venir meno del sostegno familiare

4. il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:

- persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Specificare il nome e la tipologia della struttura

_____;

5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (non riportare il nome del beneficiario):

Cognome Nome	Anno di nascita	Rapporto di Parentela	Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n.ore settimanali fuite	Operatore coinvolto	Budget annuale

--	--	--	--	--

7. che l'ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta ad euro _____;

8. il beneficiario è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura: _____

9. il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.

10. che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio: (descrizione breve)

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in _____ Via _____

n° ___ di cui dispone a titolo di: _____

Allega:

- profilo di funzionamento;
- scheda di valutazione delle autonomie;
- ISEE socio sanitario in corso di validità;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92 (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile);
- Carta d'identità, in corso di validità, del soggetto sottoscrittore della domanda e del beneficiario;
- Copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità, nel caso in cui il beneficiario sia rappresentato da terzi.

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

INFORMATIVA EFFETTUATA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD)

Il Comune di Villaperuccio, con sede in P.zza IV Novembre, n. 1, e.mail: segreteria@comune.villaperuccio.ci.it pec: protocollo@pec.comune.villaperuccio.ci.it, tel: 0781950046, 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, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, 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. RGPD.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGPD), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGPD.

Villaperuccio _____

Sig./ra _____

(Firma per esteso e leggibile de dichiarante)

Il/La sottoscritta dichiara di aver preso visione del contenuto dell'art. 11 dell'Avviso Pubblico al quale la presente istanza si riferisce e dell'informativa sopra riportata.

Data _____

Firma _____