All. Abis)

DOMANDA SEMPLIFICATA CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE (ex D.G.R.T. n° 68/2013)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza_____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Stato civile[a]_____ Cittadinanza[b]_____

Vedi note fine pagina

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*)

_____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za_____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Stato civile[a]_____ Cittadinanza[b]_____

Vedi note fine pagina

NOTE :

a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n……. rilasciata alla Questura di ……..... con scadenza il……. o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data…….. Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)……..

- Vista la Delibera n. 68 del 04/02/2013 di approvazione delle modifiche all'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

- di poter usufruire, in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.

A tale scopo

DICHIARA

- che le informazioni fornite nella Domanda per contributo Vita Indipendente e nel Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente, anno precedente, nonché i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto <u>sono rimasti invariati</u>.

DICHIARA INFINE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

QUADRO B - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome
_____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za _____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):
_____
_____

Data_____ Firma_____

OPPURE

QUADRO C - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE[1]

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____(Pubblico Ufficiale) riceve la

dichiarazione del Sig./Sig.ra _____(Cognome/Nome)

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data_____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma_____

[1] Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti dell' U.F. Assistenza sociale territoriale zona VDE nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il Direttore Generale Azienda USL 5 di Pisa è il Titolare dei trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è la Dott. Laura Guerrini, responsabile U.F. Assistenza sociale territoriale zona VDE

Il personale dell' U.F. Assistenza sociale territoriale zona VDE nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO D - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, DPR 445/2000) previa esibizione del seguente documento di identità:

_____

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data_____ Firma_____

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

OPPURE

QUADRO E - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 445/2000 è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Il Quadro A deve contenere i dati relativi al soggetto beneficiario che richiede direttamente il contributo di vita indipendente.

Il Quadro A1 deve essere compilato nel caso in cui l'autocertificazione è presentata da soggetto diverso dal beneficiario.

Il Quadro B deve essere compilato nel caso in cui l'interessato sia soggetto ad assistenza da parte di un amministratore di sostegno: la dichiarazione è quindi sottoscritta dallo stesso amministratore di sostegno, **senza alcuna autentica di sottoscrizione,** indicando gli estremi del provvedimento di nomina di amministratore di sostegno.

Il Quadro C deve essere riempito quando l'interessato non sa o non può firmare per impedimento fisico o analfabetismo. In tal caso la dichiarazione deve essere resa dinanzi a un **Pubblico Ufficiale** (notaio, cancelliere, segretario comunale, ufficiale di anagrafe incaricato dal sindaco, assistente sociale incaricato a seguito di apposito atto dirigenziale).

Il Quadro D viene utilizzato in caso di presentazione diretta allo sportello della domanda da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione.

Il Quadro E riguarda le seguenti modalità di invio della domanda:

- **In caso di invio per posta,** la busta contenente la presente domanda deve essere inviata al seguente indirizzo tenendo presente che fa fede la data del timbro postale:

Direttore Società della Salute Zona Valdera
D.ssa Patrizia Salvadori
Via Fantozzi, 14
56025 Pontedera

- **In caso di invio per altra persona,** la presente domanda deve essere consegnata, secondo le modalità e gli orari previsti nei singoli bandi.

In tali casi, occorre allegare fotocopia del documento valido di identità del dichiarante.