REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PLUS
Distretto di Iglesias
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnesa, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

Al Comune di Domusnovas

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 a__ _____ il_____/_____/_____
C.F. n._____
Residente a _____Via/Piazza_____n._____
Telefono _____ e mail: _____@_____

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 delD.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 _____ e mail: _____@_____

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 a 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: _____

Luogo e data della sottoscrizione

_____

Firma del dichiarante

_____

Allega:

☐ profilo di funzionamento
☐ scheda di valutazione delle autonomie
☐ ISEE socio sanitario in corso di validità
☐ Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile)

INFORMATIVA

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 del Comune di Domusnovas 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 ad altri settori del Comune e in forma aggregata, 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.
Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: comune.domusnovas@pec.it
Titolare del trattamento è il Comune di Iglesias con sede in Via Isonzo PEC: protocollo.comune.iglesias@pec.it

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 del Comune di Iglesias e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.
Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)_____

Data_____-_____ **Firma dell'interessato**_____