



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

**MODULO DI DOMANDA "RITORNARE A CASA PLUS"**  
**INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME**  
**DELIBERAZIONE 7/11 DEL 28.2.2023 e 13/64 del 06.04.2023**

**ALLEGATO 1**

**Al Comune di Domusnovas**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_,  
Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- destinatario del Progetto
- amministratore di sostegno/ incaricato della tutela/ curatore
- titolare della potestà genitoriale
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per sé stesso  
 in favore di:  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_,  
Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Accesso al Programma "Ritornare a Casa Plus" per Livello Assistenziale Base A:

**DICHIARA**

che il/la Signor/Signora .....



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
plus@comune.iglesias.ca.it



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

- è inserito, o è in procinto di esserlo, a seguito di valutazione UVT, in percorsi di cura all'interno di Strutture Residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che ha dovuto interrompere, o non ha potuto effettuare, l'inserimento a causa dell'emergenza COVID;
  - non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
  - rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del "Ritornare a Casa Plus" Livello Assistenziale Base A
  - di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40.
  - di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
  - di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).
  - chiederà di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, l'intero contributo per la fornitura diretta di cura da parte del **Caregiver** per le seguenti attività e numero ore di assistenza giornaliera:
- 
- 

Allega a tal fine:

- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, oppure dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Autocertificazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
- Copia verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza;
- Il certificato ISEE socio sanitario 2024;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario.

Domusnovas, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di Domusnovas oppure all'indirizzo PEC: [comune.domusnovas@pec.it](mailto:comune.domusnovas@pec.it)



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
[plus@comune.iglesias.ca.it](mailto:plus@comune.iglesias.ca.it)



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

### **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;
- d) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- e) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- f) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- g) 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;
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo a una autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: [comune.domusnovas@pec.it](mailto:comune.domusnovas@pec.it)

Titolare del trattamento è il Comune di Domusnovas con sede in Piazza Caduti di Nassirya 1 PEC: [comune.domusnovas@pec.it](mailto:comune.domusnovas@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 Domusnovas e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)** .....

**Data** ..... **Firma dell'interessato** .....



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
[plus@comune.iglesias.ca.it](mailto:plus@comune.iglesias.ca.it)