



CONSORZIO SOCIALE PAVESE

CARBONARA AL TICINO, CAVA MANARA, MEZZANA RABATTONE, PAVIA, SAN GENESIO ED UNITI, SAN MARTINO SICCOMARIO, SOMMO, TORRE D'ISOLA, TRAVACÒ SICCOMARIO, VILLANOVA D'ARDENGHI, ZERBOLÒ, ZINASCO.

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' PER FAVORIRE LA PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA
(FNA 2019 - MISURA B2 - D.G.R. N. 2720/2019 - D.G.R. N. 2862/2020 - D.G.R. 3055/2020)

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____
 nata/o a _____ Prov _____ il _____
 Residente a _____ prov _____ cap _____
 via _____ n. _____
 tel. _____ cell. _____
 e-mail _____ codice fiscale _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

☐ Familiare

☐ Curatore

☐ Tutore

☐ Amministratore di Sostegno

di:

cognome/nome _____
 nata/o a _____ il _____
 Residente a _____ prov _____ cap _____
 via _____ n. _____
 tel. _____ cell. _____
 e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di accedere all'assegnazione di contributi per :

☐ **CARE GIVER FAMILIARE**

☐ **ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE
ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO
PIENO**

☐ **ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE
ASSUNTO CON CONTRATTO PART-TIME**

a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze in applicazione della DGR n. 2720/2019 e successive integrazioni.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che la persona destinataria dell'intervento:

▪ è residente nel Comune di _____;

☐ ha un ISEE (rilasciato in data successiva al 01/01/2020) pari a € _____
oppure

☐ possiede il requisito ISEE richiesto e si impegna a produrre l'attestazione ISEE entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, pena la non ammissibilità della stessa.

▪ è affetta da GRAVI LIMITAZIONI FUNZIONALI che ne compromettono l'AUTOSUFFICIENZA e l'AUTONOMIA PERSONALE nelle attività della vita quotidiana;

▪ non è in carico alla misura per la gravissima disabilità (misura B1) di cui alla D.G.R. n. 1253/2019;

▪ non è beneficiaria della Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

☐ è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;

☐ è beneficiario dell'indennità di accompagnamento

☐ non frequenta unità di offerta sociale a ciclo semiresidenziale diurno (CSE, CDD, CDI)

oppure

☐ frequenta la seguente unità d'offerta sociale:

☐ Centro Diurno Disabili (CDD)

☐ Centro Socio Educativo (CSE)

☐ Servizio Formazione Autonomia (SFA)

☐ Centro Diurno Integrato per Anziani(CDI)

▪ di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

▪ di aver preso visione del AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' PER FAVORIRE LA

PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA - (FNA 2019 - MISURA B2 - D.G.R. N. 2720/2019 - D.G.R. N. 2862/2020 – D.G.R. 3055/2020).

- di essere a conoscenza che i dati conferiti con la presente domanda saranno utilizzati ai fini del procedimento amministrativo per l'erogazione dei "buoni sociali" e saranno trasmessi, anche mediante supporti informatici, al competente dipartimento regionale e saranno trattati in conformità al GDPR 679/2016;

CHIEDE INOLTRE

che eventuali benefici economici assegnati vengano accreditati sul seguente Conto Corrente:

- nome e cognome dell'intestatario del conto: _____
- Codice Fiscale intestatario conto _____
- Banca _____
- Filiale di _____
- Codice IBAN _____

[illegible]

ALLEGATA

- ☐ copia fotostatica non autenticata di documento di identità, in corso di validità, e codice fiscale del beneficiario;
- ☐ copia fotostatica non autenticata di documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante se diverso dal beneficiario;
- ☐ copia permesso di soggiorno (per cittadini extracomunitari);
- ☐ copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ copia certificazione di gravità rilasciata ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/1992
- ☐ copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- ☐ copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente
- ☐ copia del contratto di lavoro con assistente familiare, in corso di validità (se presente);
- ☐ Altro(specificare) _____

Sede _____, lì _____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 IN MERITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali) si informano gli interessati che i dati personali, compresi quelli particolari (c.d. Dati sensibili) e quelli relativi a condanne penali o reati (c.d. dati giudiziari), sono trattati dal Comune di Siziano in qualità di titolare del Trattamento, esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione dei buoni sociali e per le successive attività di controllo.

Il trattamento dei dati forniti direttamente dagli interessati o comunque acquisiti per le suddette finalità, è effettuato presso Consorzio Sociale Pavese anche con l'utilizzo di procedure informatizzate da persone autorizzate ed impegnate alla riservatezza.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di contributo, nonché agli adempimenti conseguenti.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo in cui il procedimento può produrre effetti ed in ogni caso per il periodo di tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e dei documenti amministrativi.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, e diffusi con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, quando tali operazioni siano previste da disposizioni di legge o di regolamento. I dati possono essere trasmessi ad ATS Pavia e Regione Lombardia, nonché essere comunicati al Ministero delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti. I dati di natura personale forniti non sono trasferiti all'estero, all'interno o all'esterno dell'unione europea.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e ss. del GDPR ed in particolare il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che li riguardano, accedere ai propri dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne la limitazione, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante www.garanteprivacy.it per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento è il Consorzio Sociale Pavese, con sede legale in Piazza del Municipio 3 - Pavia
info@consorziosocialepavese.it