



ISTANZA PROGETTI DI VITA INDIVIDUALI, PERSONALIZZATI E PARTECIPATI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ, ANZIANI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

AL COMUNE DI:

QUADRO A) DATI DEL SOGGETTO INTERESSATO AI PROGETTI DI VITA INDIVIDUALI E PERSONALIZZATI

COGNOME	NOME
NATO A	PROV. IL
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV. (RM) CAP.
INDIRIZZO	N.
NAZIONALITA'	se estera specificare:
eventuale permesso di soggiorno	scadenza
STATO CIVILE	
TELEFONO	C.F.
EMAIL	
TESSERA SANITARIA n.	
INVALIDITA' % - INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO	
Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta	

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DALL'INTERESSATO

COGNOME	NOME
NATO A	PROV. IL
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV. CAP.
INDIRIZZO	N.
C.F.	
TELEFONO	EMAIL
IN QUALITA' DI:	CAREGIVER
TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI	N. DEL
AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI	N. DEL
ALTRO (SPECIFICARE)	

CHIEDE

LA PRESA IN CARICO PER L'ADESIONE AI PROGETTI DI VITA INDIVIDUALI, PERSONALIZZATI E PARTECIPATI, IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ

A TAL FINE DICHIARA

che il beneficiario **è attualmente** inserito in struttura socio-assistenziale di tipo residenziale

che il soggetto interessato **non è attualmente** inserito in struttura socio-assistenziale di tipo residenziale e di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi struttura socio-assistenziale di tipo residenziale.

che il soggetto interessato **ha richiesto attestazione ISEE** e che la stessa è in corso di validità

che il soggetto interessato **non ha richiesto attestazione ISEE**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA

- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Documentazione sanitaria (verbale invalidità, Legge 104 etc...)
- Eventuale Certificazione di Disabilità Gravissima rilasciata da servizio specialistico pubblico ASL
- Attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità.

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - REGOLAMENTO U.E. 679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 - DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Il sottoscritto in qualità di firmatario della presente istanza dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati allegata al Regolamento PUA del Distretto RM 5.1, consultabile sul sito el comune di Monterotondo (www.comune.monterotondo.rm.it) e di essere consapevole che i dati personali, sensibili e giudiziari di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati in favore di persone con disabilità, anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti", ed acconsente quindi al trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 5.1 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed è consapevole che non saranno diffusi ma, potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. In osservanza della vigente normativa sulla Privacy, si garantisce la massima riservatezza riguardo i dati personali acquisiti, ai dati sensibili acquisiti ai sensi dell'art. 9 ed ai dati giudiziari acquisiti ai sensi dell'art.10 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali – e Regolamento U.E. 679/2016 e ss.mm.ii.

Il Titolare del trattamento è il Distretto Socio - Sanitario RM 5.1

Firma del richiedente

data istanza
