



MODULO DI DOMANDA

PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO VOLTO AL SOSTEGNO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ TRA I 18 ED I 65 ANNI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI DI CUI ALLA [L.R. 41/2003](#) E S.M.I DELLA TIPOLOGIA "CASA-FAMIGLIA"

Comune di Velletri
Capofila Distretto Socio-sanitario RM 6/5
ufficio.servizisociali@pec.comune.velletri.rm.it

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE DEL DIRETTO INTERESSATO

Il sottoscritto/a (Cognome e nome) _____
nato/a a _____ (Prov. ____) il ____/____/____
residente nel Comune di _____ Prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____ E-mail _____
INSERITO PRESSO LA STRUTTURA _____
sita in _____ Via _____

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE ALTRI SOGGETTI

INDICARE IL SOGGETTO CHE PRESENTA LA DOMANDA

- familiare (specificare es. genitore, coniuge, _____)**
- tutore**
- amministratore di sostegno**

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ (Prov. ____) il ____/____/____

residente nel Comune di _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____

In favore di

(Cognome e nome) _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

residente nel Comune di _____ prov. _____

in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

telefono _____ E-mail _____

INSERITO PRESSO LA STRUTTURA _____

sita in _____ Via _____

CHIEDE

l'accesso al contributo per il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità tra i 18/45 anni inseriti in strutture residenziali della tipologia "Casa famiglia" di cui alla [L.R. 41/2003](#).

DICHIARA

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE DEL DIRETTO INTERESSATO

di essere in possesso

- residenza in uno dei comuni del distretto;
- età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- riconoscimento ai sensi della L. 104/92 art. 1 e art. 3;
- per i cittadini stranieri permesso di soggiorno in corso di validità non finalizzato alla permanenza per motivi turistici;
- certificazione di assenza di necessità di assistenza sanitaria continuativa;
- certificazione rilasciata dalla struttura competente relativa all'assenza di patologia psichiatrica;

di essere in possesso di ISEE sociosanitario pari ad € _____.

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE ALTRI SOGGETTI

il destinatario dell'intervento è in possesso dei seguenti requisiti :

- residenza in uno dei comuni del distretto;
- età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- riconoscimento ai sensi della L. 104/92 art. 1 e art. 3;
- per i cittadini stranieri permesso di soggiorno in corso di validità non finalizzato alla permanenza per motivi turistici;
- certificazione di assenza di necessità di assistenza sanitaria continuativa;
- certificazione rilasciata dalla struttura competente relativa all'assenza di patologia psichiatrica;

di essere in possesso di ISEE sociosanitario pari ad € _____.

DICHIARAZIONI DI PRESA CONOSCENZA – (Leggere attentamente)

- che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, e incorre nelle sanzioni previste dal successivo art. 76 ed in quelle disposte dal Codice Penale per il reato di falso;
- di tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico per l' "Accesso al contributo per il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità tra i 18/45 anni inseriti in strutture residenziali della tipologia *Casa famiglia*" di cui alla L.R. 41/2003;

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 General Data Protection Regulation)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati, si desidera comunicarLe che i dati personali da Lei conferiti saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa sopra richiamata e si informa di quanto segue:

1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la gestione del procedimento finalizzato a "Accesso al contributo per il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità tra i 18/45 anni inseriti in strutture residenziali della tipologia *Casa famiglia*" di cui alla L.R. 41/2003 ivi incluse le finalità di verifica e archiviazione.

2. Modalità del trattamento e conservazione

Il trattamento verrà effettuato con strumenti manuali/cartacei e con procedure informatiche e telematiche nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 è obbligatorio e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la rinuncia al procedimento.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Nel caso in cui per le finalità sopra specificate il servizio sia gestito in tutto o in parte da altro soggetto, i suoi dati verranno comunicati, come richiesto e/o previsto, all'ente gestore che opererà come responsabile per il trattamento connesso all'erogazione dei servizi di propria competenza. Nell'ambito del presente procedimento, i dati raccolti per l'espletamento delle finalità sopra specificate potranno essere comunicati in forma cartacea o informatica a soggetti anche esterni (intendendosi con tale espressione il darne conoscenza ad uno o più soggetti esterni determinati), in particolare all'ente gestore.

5. Titolare e Responsabile del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Velletri, p.zza Cesare Ottaviano Augusto 1, 00049 Velletri (RM); Tel. 06961581; pec: protocollo@pec.comune.velletri.rm.it.

I Responsabili del trattamento sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato ogni anno, e debitamente nominati.

6. Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati del Comune di Velletri è contattabile al Tel. 06961581; pec: protocollo@pec.comune.velletri.rm.it.

7. Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati degli artt. 15 a 22 e dell'art. 34 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati, con comunicazione scritta da inviare al Comune di Velletri, p.zza Cesare Ottaviano Augusto 1,00049 Velletri (RM) o all'indirizzo PEC:

protocollo@pec.comune.velletri.rm.it.

8. Modalità di esercizio dei diritti

Ricorrendo i presupposti, Lei potrà proporre eventuale reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE-2016/679 e artt. da 140-bis a 143 del Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento). Il reclamo potrà essere consegnato a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di comunicazione scritta da inviare al Comune di Velletri, p.zza Cesare Ottaviano Augusto 1, 00049 Velletri (RM) o all'indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.velletri.rm.it.

Letta l'informativa che precede,

- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate e alla comunicazione dei miei dati personali ad altri destinatari, interno o esterni all'Amministrazione, per le finalità sopra indicate.

Firma per esteso del sottoscrittore

ALLEGATI PRESENTATI UNITAMENTE ALLA DOMANDA

Spuntare le caselle relative agli allegati presentati

- copia fotostatica del documento d'identità del firmatario in corso di validità;
- copia fotostatica del documento d'identità del destinatario del servizio se diverso dal firmatario
- per i cittadini extracomunitari: copia del permesso o carta di soggiorno in corso di validità;
- copia del certificato di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- certificazione di assenza di necessità di assistenza sanitaria continuativa;
- certificazione relativa all'assenza di patologia psichiatrica;

Data di compilazione ___/___/_____

Firma per esteso del sottoscrittore
