



Città di Lariano



Città di Velletri

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a .....il.....  
Residente a.....in.....  
Tel.....email.....

**CHIEDE**

***Di accedere agli interventi socio assistenziali in favore di soggetti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)***

- per se stesso;
- in qualità di (*coniuge, genitore, amministratore di sostegno ecc..specificare*) .....

**in favore di:**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a .....il.....  
Residente a.....in.....  
Tel.....email.....

**DICHIARA**

Di beneficiare dell'intervento:

- Assistenza domiciliare diretta
- Assistenza domiciliare indiretta;
- Contributo in favore di persone affette da disabilità gravissima (*contributo di cura o assegno di cura*);
- altri tipi di assistenza (*specificare*) \_\_\_\_\_ ;
- assenza di servizi assistenziali;

**VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE PERVENUTE FUORI TERMINE**

### 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. 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 all'intervento socio assistenziale in favore di soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali, la quale viene da me accettata ed esprimo il consenso al trattamento dei dati personali da me indicati.

FIRMA

.....  
 (Luogo e data)

### 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 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue.

#### 1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la gestione del procedimento finalizzato per l'accesso all'intervento socio assistenziale in favore di soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) 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 la Regione Lazio e il Distretto Sociosanitario.

#### **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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:protocollo@pec.comune.velletri.rm.it)

### 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 Certificato, rilasciato da un Presidio / Centro di riferimento ufficialmente riconosciuto, attestante la patologia richiesta;
- Copia della certificazione codice esenzione malattia rara;

Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma per esteso del sottoscrittore

\_\_\_\_\_

