

**All. A**

**Al Coordinatore dell’Ufficio di Piano Ambito Territoriale B1**

**– Comune Capofila Benevento –**

 **V.le dell’Università, 10, Benevento**

**Pec:** **pszambito1@pec.comunebn.it**

**Oggetto: istanza di partecipazione all’Avviso Pubblico per l’ammissione al Servizio “Centro sociale Polifunzionale ai disabili (CSP)” mediante voucher socio assistenziali- Ambito B1.**

***(FINANZIATO A VALERE SUL PIANO SOCIALE DI ZONA IN APPLICAZIONE DEL V^ PIANO SOCIALE REGIONALE - L.R. 11/07)***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_

C.F.|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email di riferimento obbligatoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 per se su delega del familiare/parente interessato

 in qualità di tutore giuridico/amministratore di sostegno della persona interessata

**l’ammissione al Servizio “Centro Sociale Polifunzionale per disabili (C.S.P.)” mediante voucher socio assistenziali a favore di:**

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

E.mail di riferimento obbligatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a ad usufruire del Servizio Centro Sociale Polifunzionale per disabili nel seguente Centro:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Barrare la casella**  | **Ente gestore** | **Legale rappresentante** | **Denominazione Centro** | **Ubicazione** |
|  | **Cooperativa Sociale “La Solidarietà”** | **Roberto Ciarlo** | **Fattoria Sociale Villa Mancini** |  **Via Aspro, snc, Ponte (BN)** |
|  | **Cooperativa Sociale “Delfini di Terra”** | **Donatella Nicolella** | **Welcome e Welfare, Albergo diffuso di Campolattaro** | **Via Parocchiale, snc Campolattaro (BN)** |
|  | **Consorzio “Sale della Terra”** | **Angelo Moretti** | **E’ più bello insieme** | **Via Giovanni della Casa, n. 19, Benevento** |

*A tal uopo,* ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e da Leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, entro 45 giorni come previsto nell’Avviso di riferimento.

**DICHIARA**

**(*barrare con una x*)**

**** di essere a conoscenza delle prestazioni inerenti il servizio “Assistenza Domiciliare socio assistenziale alle persone disabili” di cui all’Avviso Pubblico;

**** di essere portatore di handicap con accertamento ai sensi della L.104/92 art. 3, co. 1 e 3;

**** di non usufruire di altre prestazioni domiciliari e/o semiresidenziali socio assistenziali e/o sociosanitarie così come previsto nell’Avviso pubblico (*Assegni di cura, ADI, P.T.R.I., CSP, CDI,….)*;

**** di accettare la condizione di compartecipazione eventuale al costo del servizio nella misura prevista dal Regolamento di accesso ai servizi in base alla propria condizione dichiarata con la certificazione, in corso di validità, concernente l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE Ordinario).

**ATTESTA**

***(per l’attribuzione del punteggio barrare con una X i requisiti in possesso.***

 ***In caso di mancata dichiarazione a uno dei seguenti requisiti non verrà attribuito nessun punteggio)***

**Di avere un ISEE:**

|  |
| --- |
|  da 0 a € 4.000,00 |
|  da 4.001,00 a € 8.000,00 |
|  da 8.001 a €12.000,00 |
|  da 12.001 a €18.000,00 |
|  oltre €18.000,00 |

**Di essere nella seguente condizione familiare:**

|  |
| --- |
|  Persona disabile che vive sola |
|  Persona disabile convivente con 1 componente maggiorenne  |
|  Persona disabile convivente con almeno 2 componenti maggiorenni |
|  Persona disabile minorenne  |

**Di avere la seguente disabilità certificata**

|  |
| --- |
|  Disabile ai sensi della L. 104/92 art. 3 c. 3 |
|  Disabile ai sensi della L. 104/92 art. 3 c. 1 |

 **Di avere:**

|  |
| --- |
|  attivo il Servizio CSP Disabili |
|  NON attivo il Servizio CSP disabili  |

**Si allegano alla presente, i seguenti documenti:**

* copia di un documento di riconoscimento dell’interessato in corso di validità;
* attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare dell’interessato in corso di validità;
* copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario;
* copia verbale accertamento di Handicap, ai sensi della legge n. 104/92, art.3, commi 1 e 3;
* informativa privacy;
* certificazione rilasciata dal medico di medicina generale attestante che la disabilità certificata non è incompatibile con le attività socializzanti previste dal Centro e che, pertanto, nulla osta alla frequentazione dello stesso e che non necessita di assistenza continuativa di tipo socio sanitario;.

 (luogo e data) (firma leggibile del dichiarante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL’ART. 13-14, REG UE 2016/679 (REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) al Comune di Benevento**, in qualità di titolare, tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, anche con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente per le finalità per le quali rilascia la presente dichiarazione per l’attivazione del servizio *“Centro Sociale Polifunzionale per disabili (CSP)”*. In relazione alle indicate finalità i suoi dati sono oggetto di trattamento informatico e cartaceo. Le operazioni di trattamento sono attuate in modo da garantire la sicurezza logica, fisica e la riservatezza dei Suoi dati personali. Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili, non ha natura obbligatoria, ma l’eventuale rifiuto renderà impossibile l’erogazione dei servizi da Lei richiesti. I Suoi dati potranno essere comunicati a tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi e ai nostri collaboratori, dipendenti, nell'ambito delle relative mansioni. Possono essere inoltre comunicati a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento della nostra attività e nei modi e per le finalità sopra illustrate.

**Diritti del cittadino**

Il cittadino avrà in qualsiasi momento piena facoltà di esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente; potrà far valere i propri diritti rivolgendosi **al Comune di Benevento**. I diritti del cittadino sono quelli previsti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il cittadino può:

- ricevere conferma dell’esistenza dei dati suoi personali e richiedere l’accesso al loro contenuto;

- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali;

- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei suoi dati trattati in violazione di legge;

- chiedere la limitazione del trattamento;

- opporsi per motivi legittimi al trattamento.

**Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000). AUTORIZZO il Comune di Benevento**, al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura, ai sensi del D.Lgs.196/2003, così come integrato dal Decreto n. 101 del 10/08/2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché' alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_