ALLEGATO 1 – Modello domanda voucher ADI

|  |
| --- |
| **Al Consorzio Sociale Agorà S10**  **Loc. Valle – 84020 Palomonte (Sa)** |
| **Pec:** [**consorzioagoras10@pec.it**](mailto:consorzioagoras10@pec.it)  **Mail :** [**consorzioagoras10@gmail.com**](mailto:consorzioagoras10@gmail.com) |

**Oggetto: Istanza per l’assegnazione di *voucher sociali* per la fruizione del servizio di *Assistenza domiciliare integrata (A.D.I./C.D.I.)* in favore di persone non autosufficienti gravissimi.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**CHIEDE**

L’assegnazione di *voucher sociali* per la fruizione del servizio di *Assistenza domiciliare integrata (ADI)*

**PER**:

* se stesso
* (*indicare Cognome e Nome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*specificare* tutore, coniuge, genitore, figlio, fratello, altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e 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 ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il beneficiario (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
2. è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(barrare con una X le dichiarazioni che interessano)***

1. □ è diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
2. □ è un invalido civile al \_\_\_\_\_\_% □ con □ senza indennità di accompagnamento;
3. □ è affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , come da certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. □ è inserito nelle Cure Domiciliari del Distretto Sanitario con Valutazione UVI del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e PAI attivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. □ non usufruisce di servizi socio sanitari residenziali o semiresidenziali;
6. □ ha preso visione dell’avviso per l’erogazione di voucher sociali a favore di anziani non autosufficienti per la fruizione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata / Assistenza Domiciliare socio-assistenziale e di accettarne il contenuto;
7. □ è consapevole che l’eventuale quota di compartecipazione al costo orario del voucher sarà comunicata dal Servizio Sociale Professionale in sede di redazione e condivisione del PAI;
8. □ è consapevole che il mancato pagamento della quota di compartecipazione dovuta comporta la sospensione del servizio a partire dal mese successivo a quello di competenza.

Si allegano:

1. □ certificazione ex L. 104/92;
2. □ invalidità civile;
3. □ certificazione rilasciata da struttura pubblica attestante la non autosufficienza o una patologia invalidante;
4. □ certificazione del MMG attestante la ridotta autosufficienza temporanea o protratta, o fragilità tale da compromettere l’autonomia nelle azioni di vita quotidiana;
5. □ attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
6. □ fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;
7. □ (in alternativa) documentazione ASL attestante l’inserimento nelle Cure domiciliari distrettuali ed il PAI attivo

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)***

**Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

|  |
| --- |
| *Ai sensi dell’art. 13 del* *Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:*   * **Titolare e responsabile del trattamento**   Il Titolare del trattamento è **l’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”**, nella persona del dott. Giovanni Russo, Direttore Generale, domiciliato per la carica in Palomonte, Loc. Valle, snc – 84020.   * **Finalità e liceità del trattamento**   Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.   * **Modalità di trattamento e conservazione**   Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.   * **Ambito di comunicazione e diffusione**   Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S3 (ex S5) e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l’adempimento degli obblighi di legge.   * **Trasferimento dei dati personali**   I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.   * **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**   L’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.   * **Diritti dell’interessato**   In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:   1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali; 2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; 3. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; 4. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali; 5. ottenere la rettifica dei dati; 6. proporre reclamo a un’autorità di controllo.   Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” – Località Valle, snc – 84020 Palomonte (SA) – pec: [consorzioagoras10@pec.it](file:///C:\Users\admin\Desktop\CONS.%20AGORA'\ATTI%20INTERNI%20AZIENDA\REGOLAMENTI%20AZIENDA%20CONSORTILE\regolamenti%20altri%20Enti\modelli%20B1\consorziosocialeagoras10@pec.it)  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**  **(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**  Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **DICHIARA**  di aver preso visione dell’Informativa sull’uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all’espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.  Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |