

Al Comune di residenza  
\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017**

*"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"*

Deliberazioni di G.R. n. 239 del 24/05/2018

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità, .....

*(Indicare il grado di parentela)*

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 *"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"*, ai sensi delle delibere di G.R. n. 239 del 24/05/2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- a) che il minore \_\_\_\_\_, si trova in condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari;
- b) che il minore è impegnato nel seguente percorso di studi: \_\_\_\_\_;
- c) che il suo nucleo familiare è così composto:

<b>N.</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Grado di parentela</b>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				

**All'uopo richiede:**

- Sostegno economico per la realizzazione di interventi funzionali all'acquisizione delle autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale necessarie a favorire l'autonomia comunicativa/relazionale, può essere rimborsato fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa).

**DICHIARA ALTRESI'**

- a) di essere a conoscenza che l'ATS di Riccia-Bojano, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Riccia-Bojano, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda;
- c) di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscrittore sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome \_\_\_\_\_

indicare eventuale cointestatario \_\_\_\_\_

bancario IBAN \_\_\_\_\_

postale IBAN \_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO**  
**(a pena di esclusione)**

copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;

Scheda progettuale del corso che si intende intraprendere datata e sottoscritta dal soggetto realizzatore.

(La scheda progettuale dovrà indicare: tipologia di intervento, descrizione attività, finalità, obiettivi, risorse umane, durata, soggetto realizzatore, costo e tutte le altre informazioni necessarie per la valutazione degli stessi. Il progetto non potrà comprendere attività quali: corsi di nuoto, sci, ippoterapia, pet-therapy, musicoterapia, ecc. L'intervento previsto nel progetto non deve essere già assicurato dal Servizio sanitario regionale o dall'Ambito Territoriale Sociale).

N.B. La Commissione valuterà i progetti tenendo conto dei seguenti criteri di valutazione: strutturazione del percorso di realizzazione; integrazione con le attività già svolte dal minore; valutazione specialistica del metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del minore; coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici specialisti; professionalità certificata del formatore nella specifica attività; corrispondenza tra il costo, l'attività prevista ed i professionisti impegnati; continuità con percorsi formativi già frequentati dal minore.

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il II Coordinatore Responsabile dell' ATS Riccia Bojano, nella persona della Dott.ssa Iliana Iannone domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Largo Piano della Corte, n.6 (Tel. 0874715075).

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874 716998

### Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" D.G.R. n. 239 del 24/05/2018

### 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 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) 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 e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un 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;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia - Bojano, in persona del Coordinatore Responsabile Dott.ssa Iliana Iannone, all'indirizzo postale della sede legale -Riccia(CB) Largo Piano della Corte, n.6- o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA \_\_\_\_\_