



Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

MODELLO 2 – Dichiarazione

“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari”

Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità

Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura

DICHIARAZIONE di ACCESSO

Il sottoscritto (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:
 beneficiario interventi Avviso Pubblico 02/11/2020;
oppure:
 familiare
 tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 altro (*specificare: _____*)
di beneficiario interventi Avviso Pubblico 03.08.2018:
(*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per il rinnovo dell’istanza di accesso agli interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer, di cui all’Avviso Pubblico 02/11/2020:

- di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza domiciliare (anche indiretta) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:

- di fruire del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: *(cancellare l'ipotesi che non ricorre)*
prevalenti / integrative / entrambe

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Dott. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei relativi dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"* Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura del Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
