FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2026
Periodo Ottobre 2026 – Dicembre 2027

RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER L'AMMISSIONE ALLE MISURE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA

MINORI con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato (già gravi)

MISURA SERVIZI ***ai sensi della DGR XII/6320/2026***

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (__) CAP _____

CHIEDE
di essere ammesso alla Valutazione Multidimensionale

□ per beneficiare di Misura Servizio intero periodo ott.26/dic.27, attività estive comprese (giu./set. 2027)
□ per beneficiare di Misura Servizio periodo scolastico 26/27 (ott.26/mag.27)
□ per beneficiare di Misura Servizio attività estive (giu./ago.-set.2027)
□ per beneficiare di Misura Servizio periodo scolastico 27/28 fase1 (ott./dic.27)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti richiesti

di essere nelle seguenti condizioni:

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario: _____

☐ bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi: _____

☐ di essere assistito al domicilio da un caregiver familiare: *nominativo e grado di relazione con il beneficiario* _____

☐ dati residenza/domicilio:
via/p.za _____N° ____ Comune_____ Prov. (___)

☐ contatti per le comunicazioni: nominativo _____

indirizzo e-mail _____ tel. _____

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ Modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda (isee ordinario ≤ 40.000)
- ☐ Copia del documento attestante la condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato
- ☐ Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente

Luogo e data _____

Firma _____