



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

FASE 1 - AMMISSIONE

All'ente gestore dell'ambito PLUS di Siniscola
per il tramite del Comune di _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Il sottoscritto, nella sua qualità di _____ diretto interessato/ _____ rappresentante legale

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. n. _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____ @ _____

Chiede, ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di Noi"), della DGR 52/12 del 22/11/2017 e seguenti, l'attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei seguenti interventi:

- ☐ Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- ☐ Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- ☐ Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

- Nome _____ Cognome _____
- Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
- C.F. n. _____
- Residente a _____
- Via/Piazza _____ n. _____

- Telefono _____
e mail: _____@_____
2. il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: _____
 3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:
 - _____ mancante di entrambi i genitori
 - _____ i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
 - _____ in vista del venir meno del sostegno familiare
 4. il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:
 - _____ persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
 - _____ persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
 - _____ persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. Specificare il nome e la tipologia della struttura _____;
 5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela	Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruite	Operatore coinvolto	Budget annuale

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____
8. [] il beneficiario è in grado di produrre la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura)

9. ☐ il beneficiario non è in grado di produrre la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.

10. ☐ che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:

descrizione breve _____

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in _____ Via _____

n° _____ di cui dispone a titolo di: _____

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega:

- ☐ scheda di valutazione delle autonomie
- ☐ ISEE socio sanitario in corso di validità
- ☐ Documento di identità e codice fiscale del beneficiario e del dichiarante, in caso di persona diversa dal beneficiario.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il/La sottoscritto/a è informato/a:

- di quanto previsto dall'art. 71, comma 3, D.P.R. n. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica;
- che i dati personali saranno trattati in attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 679/2016, infra: "Regolamento", D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e D.Lgs. 101/2018);
- che il trattamento dei dati personali, raccolti dal Comune di Siniscola o comunque forniti allo stesso, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n.196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura del presente avviso.

IL SOTTOSCRITTO È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000). È informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n°196 (Codice in materia di Dati Personali), con modifiche e integrazioni di cui al D.Lgs n°101/2018 che i Dati Personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, comprendendone appieno il contenuto.

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____