



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturo

MODELLO LETTERA "B"

Riservato all'Ufficio Prot. n. _____ del _____
--

All' Ambito Territoriale Sociale di _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti
e pazienti con disabilità severa"*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____

Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 2016 "Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime", ai sensi delle delibere di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturo

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 suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

All'uopo richiede:

- Contributo economico**, nella misura massima di € 8000,00 (Iva % inclusa), per minori riconosciuti ai sensi dell'art.3, comma 3 L. 104/92, impiegati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale. L'eventuale spesa di importo maggiore a quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

DICHIARA ALTRESI'

- a) a svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, 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;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, 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.

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscritto 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;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Luogo e data

Firma del richiedente

Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003

1. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di Campobasso e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa".

2. Modalità di trattamento

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell' art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

4. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

5. Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

6. Il titolare responsabile del trattamento:

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di Campobasso, nella persona del Direttore.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

acconsento

non acconsento

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente _____
(firma leggibile)