

Scadenza termini proroga: 15.05.2020

**Richiesta RIVALUTAZIONE
Piano Personalizzato di Sostegno
ai sensi della L. 162 del 21.05.1998**

dal 1° Luglio al 31 Dicembre 2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

1 dati richiedente	Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in Via _____ INDIRIZZO EMAIL (obbligatorio) _____
---------------------------------	---

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

CHIEDE

In qualità di:

- TITOLARE di Piano personalizzato L. 162/98**
 FAMILIARE¹ di titolare di Piano personalizzato L. 162/98

2 dati del titolare L. 104/92 art. 3 Comma 3 (se diverso dal richiedente)	Cognome e Nome _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____ Prov. _____ CAP _____ in Via _____
---	--

al competente Ufficio di Servizio Sociale la RIVALUTAZIONE dello stesso Piano da inoltrare presso l'Assessorato Regionale Igiene e Sanità e Assistenza Sociale

¹ *Coniuge, padre, madre, figlio/a, fratello, sorella, nipote, amministratore di Sostegno*

A tal fine **DICHIARA**

3 Dati situazione economica	N. identificativo ISEE _____
	Data rilascio _____ Data scadenza _____
	Valore ISEE _____ euro ALLEGARE ISEE
	La persona destinataria del Piano percepisce e seguenti emolumenti e/o pensioni: <input type="checkbox"/> Invalidità Civile € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Indennità di frequenza € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Altro ² _____ € _____ mensili per n. _____ mesi

4 Recapiti per eventuali comunicazioni	Tel./Cell _____
	Nome Cognome _____

5 Allegati	<input type="checkbox"/> Certificazione ISEE 2020 (ISEE socio-sanitario).
	<input type="checkbox"/> Allegato B - Modulo Scheda Salute (da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica)

IMPORTANTE: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile ad essere contattato dall'ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE entro e non oltre il 15.05.2020**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente tramite un incaricato oppure a mezzo posta

Bosa, _____



Firma del dichiarante

IMPORTANTE: firmare anche autorizzazione trattamento dati

² Specificare

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di BOSA con sede in Bosa, Corso Garibaldi n. 8, email: protocollo@comune.bosa.or.it - pec: protocollo@pec.comune.bosa.or.it - tel: 0785368000 nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile usufruire del servizio richiesto.

I dati raccolti con la presente domanda saranno comunicati alla Regione Sardegna e potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

I dati dichiarati, nonché la documentazione allegata, potranno essere inviati, se richiesti, alla Guardia di Finanza per le attività di controllo e di indagine. I dati dichiarati nel presente modulo (ad esclusione di quelli sensibili) saranno pubblicati all'albo comunale, e nelle bacheche del Servizio Sociale, per la pubblicazione di elenchi o graduatorie, se previste dal servizio richiesto. Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

Bosa, li _____



FIRMA DEL DICHIARANTE O DEL FAMILIARE RICHIEDENTE