

Al Sindaco del Comune di
ACQUAVIVA PICENA

Oggetto: Domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani - Anno 201__

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____
residente a _____ () CAP _____
in via _____ n. _____
telefono _____ codice fiscale _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato/a a _____ () CAP _____
in via _____ n. _____

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

- persona anziana, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria vita;
- familiare entro il 4° grado;
- persona esercente le funzioni legali di tutela dell'anziano (tutore/curatore/amministratore di sostegno);
- altra persona che di fatto si occupa dell'anziano,

CHIEDE
di poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

per la propria persona

per il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ () il _____
residente a _____ () CAP _____
in via _____ n. _____
telefono _____ codice fiscale _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato/a a _____ () CAP _____
in via _____ n. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

- ha già compiuto 65 anni;
- ha cittadinanza:
 - italiana;
 - di uno Stato aderente all'Unione Europea;
 - di uno Stato non aderente all'Unione Europea ed è in possesso di Permesso di Soggiorno ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 286/1998;
- ha un valore ISEE riferito all'anno di imposta 201__ pari a € _____;
- il nucleo familiare convivente e non convivente si compone di *

Cognome e nome	Grado di parentela	Residenza	Contatto telefonico

* Indicare: coniuge o convivente residente/non residente, familiari entro il 4° grado (figli, nipoti, affini, cugini), altro soggetto residente

DICHIARA inoltre che (*barrare solo la casella che interessa*)

- percepisce l'indennità di accompagnamento: NO SI
- ha in corso la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile: NO SI

(presentata in data.....)

IL DICHIARANTE infine

- ha preso visione e accetta tutte le condizioni riportate nel Regolamento Servizio Associato di Assistenza Domiciliare Anziani - SAD (Deliberazione Comitato Sindaci n.9 del 23/11/2011);
- si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto qui dichiarato e a presentare ogni documentazione richiesta dal P.U.A. dell'Ambito Territoriale Sociale n.21 ai fini dell'attivazione del servizio richiesto;
- è consapevole che, in caso di attivazione del servizio di assistenza domiciliare anziani, il beneficiario o un suo familiare dovrà impegnarsi al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio sottoscrivendo il PAI;
- si impegna a comunicare l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento nel caso di attivazione del servizio di assistenza domiciliare anziani ed è consapevole che la quota di compartecipazione al costo del servizio sarà aumentata con decorrenza dalla data del riconoscimento;
- autorizza il trattamento dei dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del Servizio di Assistenza Domiciliare ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO, E RESA AI SENSI DEL REG. UE N° 679/2016 (GDPR)

Il Comune di Acquaviva Picena, in qualità di titolare (con sede in via San Rocco n.9, Cap.63075; Email: urp@comuneacquavivapicena.it; PEC: protocollo@pec.comuneacquavivapicena.it; Centralino: 0735764005), tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza/comunicazione con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo), con logiche correlate alle finalità previste. In particolare, verranno trattati dal titolare per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o, comunque, connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il conferimento dei dati è obbligatorio, e il mancato conferimento non consente al titolare di svolgere l'attività/servizio da Lei richiesto. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Potranno essere comunicati ad altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. In qualità di interessato, Lei ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento medesimo (artt. 15 e seguenti del RGPD e, infine, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste. Lei ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla Sua persona, salvi i casi previsti dal RGPD. I contatti del Responsabile della protezione dei dati (RPD) sono: Tel. 0735764005 ; PEC protocollo@pec.comuneacquavivapicena.it.

Le informative sul trattamento dei dati personali contenuti nei procedimenti-processi di competenza di ciascuna unità organizzativa, e di cui fa parte anche l'attività a cui si riferisce la presente informativa, sono pubblicate sul sito web del titolare medesimo www.comuneacquavivapicena.it

Allega alla presente:

- **Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;**
- **Copia del verbale di invalidità civile (se in possesso) e Certificazione medica attestante la situazione di parziale o totale non autosufficienza.**

_____, li _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) presso il Distretto di San Benedetto del Tronto dell'Area Vasta 5 Asur Marche, Via Romagna n.7 Tel. 0735/793632.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO : Ufficio di Coordinamento Ambito Territoriale Sociale 21- Comune capofila San Benedetto del Tronto, Viale De Gasperi n.124 Tel: 0735/794341