



Enna
Comune capofila

OGGETTO: Avviso pubblico per l'accesso al contributo economico *una tantum* concesso ai *caregivers* familiari dei disabili gravi e gravissimi – Richiesta di accesso al contributo economico

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara di essere:

nato/a _____ Prov. _____ Stato _____ il
_____ Codice Fiscale _____, di essere
residente nel Comune di _____ Prov. _____ in via/piazza
_____ n. _____ CAP _____,

Tel. _____ Cell. _____

indirizzo mail _____

in qualità di *caregiver* familiare (art. 2 dell'avviso pubblico) dell'assistito:

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ Prov. _____ in via/piazza
_____ n. _____ CAP _____,

Tel. _____ Cell. _____

indirizzo mail _____;

CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo *una tantum* (ai sensi del DPCM del 27 ottobre 2020), previsto dall'Avviso pubblico per l'accesso al contributo *una tantum* concesso ai *caregivers* familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 ottobre 2020, in attuazione del comma 255 dell'art.1 della Legge n.205/2017).

A TAL FINE DICHIARA

Di essere:

- Cittadino italiano
- Cittadino comunitario
- Cittadino non comunitario, in possesso di titolo di soggiorno regolare n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o, in caso di rinnovo, in possesso di ricevuta di presentazione della relativa domanda rilasciata in data _____.

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- di essere *caregiver* di una persona con disabilità gravissima (accertata con Patto di cura del _____);
- di essere *caregiver* di una persona con disabilità grave (accertata con verbale L.104/92 art.3 comma 3 del _____);
- di essere *caregiver* di persona che non ha avuto accesso a strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali o per non disponibilità di posti comprovata da idonea documentazione;
- di essere *caregiver* di una persona inserita in un programma di accompagnamento finalizzato alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del *caregiver* con la persona assistita, comprovata da idonea documentazione;
- di avere residenza in altro Comune fuori dal Distretto D22 ad una distanza massima di 25 km dal Comune di residenza dell'assistito.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data e firma

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 Enna, nella qualità di capofila del Distretto socio- sanitario D22, tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza 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 dalla base giuridica seguente: L. 328/2000, D.Lgs. n. 267/2000 s.m.i., DPR n. 445/2000 s.m.i., D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i., D.Lgs n. 101/2018, Reg. UE n 679/2016, in relazione ai procedimenti amministrativi da istruire, sia ad istanza di parte sia ad iniziativa degli uffici. 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.

Con la firma della presente istanza/dichiarazione e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità descritte.

Data e firma, _____

Allegati:

- Copia documento di identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente sottoscrittore
- Copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo
- Copia documento di identità in corso di validità della persona assistita e codice fiscale
- Copia Patto di cura (solo i Disabili Gravissimi)
- Copia verbale L.104/92 (solo Disabili Gravi)
- Copia riconoscimento indennità di accompagnamento
- Dichiarazione della struttura, come previsto dall'art. 2 comma 2 dell'avviso pubblico
- Copia codice IBAN intestato al *caregiver* familiare su cui accreditare il contributo (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale)