

**Al Comune di VITERBO
Capofila Distretto Socio Sanitario Vt3**

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER PROGETTO SPERIMENTALE IN
MATERIA DI VITA INDIPENDENTE RIVOLTO A PERSONE CON
DISABILITA'**

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/
a _____ prov. _____ Il _____
residente nel Comune di _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____
@ _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza)
Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____
Codice fiscale _____

(DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____ nato/
a _____ prov. _____ Il _____
residente nel Comune di _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____
@ _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza)
Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____
Codice fiscale _____
in qualità di:

- familiare
- tutore (Decreto Tribunale)
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale)
- altro (specificare:)

di
(cognome) _____ (nome) _____ nato/
a _____ prov. _____ Il _____
residente nel Comune di _____
Via/Piazza _____ n. _____

CHIEDE

L'assegnazione del contributo economico "Vita Indipendente

**PER LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE PROGETTO DI VITA
(BREVE DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI V.I. CHE SI INTENDE CONSEGUIRE)**



Condizione attuale(frequenza corso di studio, attività lavorativa, stage formativo, possesso patente guida):

Prestazioni sanitarie/ socio sanitarie di cui è beneficiario(specificare intervento e servizio)

Necessità della persona

MOBILITA'	CURA DELLA PERSONA	ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTIVITA' DI STUDIO
TEMPO LIBERO/ INCLUSIONE	COMUNICAZIONE	ALTRO	

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto di vita indipendente(indicare indirizzo)

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato SI [] NO []

=====

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.,

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza
di accettare tutte le condizioni in esso previste
di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti
di essere beneficiario di altre prestazioni socio assistenziali ed in particolare:

di non essere attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale
di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di

ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario

SI ALLEGA

copia documento di riconoscimento di chi sottoscrive la domanda
copia documento di riconoscimento del beneficiario se diverso dal sottoscrittore
copia verbale attestante lo stato di handicap ai sensi legge 104/92 art.3 comma 3
copia verbale riconoscimento di invalidità al 100% con indennità d'accompagnamento
certificazione ISEE Socio Sanitario Nucleo Ristretto della persona interessata e ISEE del nucleo familiare convivente
copia decreto di nomina Tutore o Amministratore di Sostegno
Eventuale Documentazione attestante spese sanitarie che incidono oltre il 10% dell'indicatore ISEE nucleo ristretto

FIRMA

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a few smaller strokes.

COMUNE DI VITERBO

INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI AI SENSI DELL'ART 12 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016\679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 in materia di Protezione dei dati personali (d'ora in avanti: Regolamento)

In relazione ai dati personali che La riguardano, si informa che:

- Titolare del trattamento è il Sindaco p.t. del Comune di Viterbo
- Il trattamento dati è finalizzato alla concessione di contributi per progetti di vita indipendente DPCM 21 Novembre 2019 , ai sensi della L.R. n. 11\2016
- La S.V. ha diritto di chiedere l'accesso ai propri dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, o la limitazione del trattamento, ha diritto ad opporsi al trattamento ed il diritto alla portabilità dei dati.
- La S.V. ha diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato al trattamento.
- La S.V. ha diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo
- La comunicazione dei dati che La riguardano è un requisito necessario nell'ambito del procedimento di richiesta di alla compartecipazione alla spesa per ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie; la mancata comunicazione di tali dati comporterà l'impossibilità di esaminare la Sua istanza e di accordare quanto richiesto.

Il trattamento dei dati, anche appartenenti alle categorie particolari di cui al primo comma dell'art. 9 del Regolamento, è effettuato per le finalità di cui all'art. 6 comma 1 lettera e) e all'art. 9 comma 2 lettere b) e h) del Regolamento.

Si comunica che la S.V., in relazione ai dati personali che La riguardano, può esercitare, nelle forme ed alle condizioni previste, i diritti di cui ai seguenti articoli del Regolamento:

art. 15: Diritto di accesso

art. 16: Diritto di rettifica

art. 17: Diritto alla cancellazione (“diritto all'oblio”)

art. 18: Diritto di limitazione di trattamento

In relazione ai diritti di cui agli artt. 16-17-18, il titolare del trattamento incorre negli obblighi di cui all'art. 19 del Regolamento

art. 20: Diritto alla portabilità dei dati

art. 21: Diritto di opposizione

art. 22: Diritto di non essere sottoposto a un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Si comunica inoltre che il titolare del trattamento, qualora si verifichi una violazione dei dati personali suscettibile di presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, comunicherà la violazione all'interessato, ai sensi dell'art. 34 del Regolamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, presa cognizione di quanto sopra, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche appartenenti alle categorie particolari di cui all'art 9 del Regolamento, per richiesta di compartecipazione alla spesa per ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie.

FIRMA

