

Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano VT3

MODELLO 2 –
Dichiarazione

Il/La sottoscritto/a (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____ nato a _____ prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____ prov. _____ via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____ domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____ via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____ Codice fiscale in
qualità di: <ul style="list-style-type: none">• beneficiario interventi Avviso Pubblico Disabilità Gravissima 02.12.2019: (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente nel Comune di _____ prov. _____ via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ _____ tel. _____ domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov _____ via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ Codice fiscale _____
oppure: <ul style="list-style-type: none">• tutore (<i>Decreto Tribunale di _____ n. _____</i>)• amministratore di sostegno (<i>Decreto Tribunale di _____ n. _____</i>)

4. stato di famiglia:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

5. altro (specificare ed allegare eventuale documentazione)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. 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.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico, relativo alla presente dichiarazione, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il destinatario dell'intervento **non è attualmente ricoverato** a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi a dare tempestiva **comunicazione** all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di impegnarsi a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale, con cadenza mensile, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di impegnarsi a produrre/aggiornare copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (in caso di fruizione dell'assegno di cura);
- di **fruire / non fruire** del progetto INPS HCP 2019 per le seguenti prestazioni: prevalenti / integrative / entrambe (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare integrata (componente sanitaria) e/o interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare erogati dalla ASL (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare diretta o indiretta (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **fruire / non fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (*barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura*);

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;

3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Viterbo nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Viterbo ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale VT3

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Viterbo, Capofila del Distretto Sociale VT3; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore, dr. Romolo Massimo Rossetti.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *“Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima”* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n 329/2020.

Luogo e data _____

Firma del richiedente