



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ALLEGATO 4 – MODELLO DICHIARAZIONE

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
DICHIARAZIONE (rinnovo/aggiornamento)**

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

in qualità di:

beneficiario dell'istanza

oppure:

familiare

tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)

amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)

altro (*specificare: _____*)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

3. **Modalità di erogazione del contributo:**

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con accredito sul Conto Corrente Bancario Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c/o Banca/ Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

4. **Stato di famiglia:**

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

5. **servizi socio-assistenziali fruiti (specificare)** _____

6. Condizione reddituale come attestata dal Modello ISEE allegato;

7. **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 e di accettare tutte le condizioni in esso previste.

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 B di Frosinone, 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 B di Frosinone, con cadenza trimestrale, 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 richiesta dell'assegno di cura*);
- che il **caregiver** familiare indicato nell'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 (*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 Frosinone, 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 Frosinone 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 B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

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. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
