**Al Comune di Posada**

**Ufficio Servizio Socio Assistenziale**

**OGGETTO: Richiesta di accesso al Programma Regionale *“Mi prendo cura” Annualità 2023- Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 n. 17, Art. 6 – DGR n ..10/28 del 16.03.2023.***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 per sé;

oppure in qualità di:

 familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 Tutore/ amministratore di sostegno del/della Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Di poter beneficiare del finanziamento” Mi prendo cura *- Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus”***

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

 Di essere attualmente beneficiario del Progetto “Ritornare a Casa Plus” nell’anno 2023 e di aver sostenuto le seguenti spese nell’annualità 2023:

1. fornitura energia elettrica per un importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. fornitura di riscaldamento per un importo pari di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. Acquisto medicinali, ausili e/o protesi per un importo pari di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure di:

 Di aver presentato domanda di attivazione di un nuovo Progetto Ritornare a casa ed essere in attesa dell’attivazione del programma da oltre trenta giorni e di aver sostenuto le seguenti spese nell’annualità 2023:

1. acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona per un importo pari di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA INOLTRE**

 Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

**Allega:**

 Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità;

 copia Isee in corso di validità;

 Eventuale copia decreto nomina di tutore/ curatore/ amministratore di sostegno;

 copia bollette e attestazioni di pagamento relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento riferite all’ anno 2023;

 Scontrini / ricevute fiscali in originale riferite a fornitura di medicinali, ausili e protesi riferite all’anno 2023;

 Contratto di lavoro, buste paga, ricevute, fatture, contributi Inps comprovanti l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Il/ la sottoscritta dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (art.75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);

2. i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali dell’amministrazione procedente e competenze, in applicazione del D.Lgs. n. 196 del 2003 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati;

3. Essi potranno essere comunicati a istituti pubblici o privati sempre nell’ambito delle funzioni istituzionali nell’interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;

4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.

5. l’indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l’accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

**DIRITTI DELL’NTERESSATO**

In ogni momento, lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;

g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;

h) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

**MANIFESTAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali dell’amministrazione competente e con le modalità indicate nell’informativa fornitami con il presente documento.

Posada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_