

Allegato 2 – modello di domanda

**AL COMUNE DI MONTEFIASCONE
ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1**

Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a in via..... n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

in qualità di diretto interessato

oppure

(**specificare**)

del/della sig./ra
nato a il
residente a in via..... n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

chiede di accedere ai finanziamenti previsti per i progetti di Vita Indipendente anno 2017.

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del certificato di invalidità civile (percentuale del) e della certificazione di handicap ai sensi della legge 104/1992;

- di essere:

- occupato presso
- disoccupato
- studente presso.....
- pensionato

- di avere un ISEE del valore di con scadenza.....;

- di avere le seguenti entrate mensili
.....
.....

dichiara inoltre

- di essere disponibile a valutare proposte di esperienze, anche brevi, di coabitazione e di condivisione di momenti della giornata con altre persone con disabilità sì no

- che i propri familiari
cognome e nome

grado di parentela

.....
.....
.....

.....
.....

di abitare per lo più

- da solo
- con i seguenti familiari
.....
.....
.....
- con le seguenti altre persone senza vincolo di parentela
.....
.....
- in struttura residenziale, specificare
.....

dichiara inoltre

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà interrotto al verificarsi dei seguenti eventi:

- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nelle presenti linee guida;
- inadempienze agli obblighi assunti
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro con l'assistente personale;
- volontà dell'interessato di sospendere il progetto di vita indipendente;
- mutamento delle condizioni/requisiti che avevano determinato la possibilità di accedere al progetto.
- mancata comunicazione tempestiva sulla variazione di una delle condizioni necessarie all'accesso al progetto;
- compimento dei 65 anni
- trasferimento della residenza in un comune rientrante in ambito territoriale di un altro Comune non facente parte del Distretto VT/1

....., li.....

firma

documenti allegati:

- copia del verbale di invalidità civile e della certificazione di handicap
- copia di altra documentazione medica aggiornata
- dichiarazione ISEE in corso di validità o copia della DSU (in attesa di rilascio della certificazione ISEE)
- copia di un documento d'identità in corso di validità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che il Comune di Montefiascone quale Ente Capofila del Distretto VT/1 tratterà i dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione. In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili, potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è:

.....

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il Signor/ra _____ nato/a
a _____ il _____ residente a
_____ in Via/Piazza _____
telefono/cell. _____ e-mail _____ Cod.
Fisc. _____

oppure
il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso di:

- esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati
- negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione e in sua assenza non si potrà dare seguito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____