



MODELLO DI DOMANDA

**ALL'ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N°3
UNIONE MONTANA DEL CATRIA E NERONE
VIA LAPIS, 8 CAGLI**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2019 -2020
Con scadenza, mercoledì 06 novembre ore 13:00**

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a

_____ () il _____ residente a _____

() CAP _____ in via _____ n. _____,

telefono _____

in qualità di (barrare la voce che interessa):

persona anziana in situazione di non autosufficienza;

familiare convivente con l'anziano

tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio/familiare che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

per il/la Sig. _____ codice

fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

domiciliato a _____ () CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____



Si impegna a comunicare nel termine di 15 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).

Dichiara di essere consapevole che l'attestazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (del nucleo familiare dell'anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento dell'anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest'ultimo;
- copia del regolare contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare/colf e ultimo versamento effettuato all'INPS;
- copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento;
- codice IBAN intestato all'anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso.

Luogo e data _____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE



INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii)

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 -"Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato "Codice") e del Regolamento U.E. n.679/2016, L'Unione Montana del Catria e Nerone, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Unione Montana del Catria e Nerone

Sede operativa via G. Lapis n. 8 – 61043 Cagli (PU)

Email: cm.cagli@provincia.ps.it

PEC: cm.cagli@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: avv. Giangiacomo Giuseppe via Ignazio Silone 4/E – 66054 Vasto (CH)

Tel. 0873/69719 o 0873/370910

e-mail: giuseppegiangiaco@gmail.com PEC: giuseppe.giangiacomo@pec.ordineavvocativasto.it

FINALITA' DEL TRATTAMENTO: I dati personali sono trattati per le finalità di assegnazione/svolgimento dell'attivazione dell'intervento di cui all'oggetto del modulo di richiesta, ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio/intervento. I dati personali, anche se raccolti da uno specifico settore dell'Unione Montana del Catria e Nerone, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI: In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio/intervento richiesto. Vengono quindi adottate tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare problemi di accesso non autorizzato, divulgazione, modifica o distruzione. Laddove si configurino comunicazioni obbligatorie di dati personali o le stesse siano necessarie in conseguenza della istanza o del servizio richiesto dal cittadino, i dati trattati potranno essere oggetto di comunicazione o trasferimento agli altri enti pubblici rispettando gli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti.

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea, né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea e con normative di protezione dei dati personali non allineate al Regolamento.

Le norme nazionali sulla conservazione prevedono che i dati personali forniti dal cittadino continuino ad essere memorizzati per tutto il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate.

DIRITTI DELL'INTERESSATO: Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che riguardano Lei o la Sua famiglia. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

In base all'art.15 e seguenti del REGOLAMENTO UE, gli interessati ovvero le persone fisiche cui si riferiscono i dati, possono esercitare in qualsiasi momento i propri diritti nei confronti del Titolare; in particolare il diritto di accesso ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento se essi risultano incompleti o erronei e la cancellazione, se essi sono stati raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento, fatta salva l'esistenza di motivi legittimi da parte del TITOLARE.

Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare, oppure al Responsabile della protezione dei dati (DPO-RPD) al seguente indirizzo mail: giuseppegiangiaco@gmail.com . L'interessato potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.

La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella *home page* del sito web istituzionale.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Cagli li,.....

Firma



**MODALITA' DI PAGAMENTO
Anziano beneficiario**

Il/La sottoscritto/a _____,

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ ()

CAP _____ in via _____ n. _____,

telefono _____

in qualità di _____

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuato a:

me medesimo

mediante:

- Conto Corrente postale intestato a me medesimo o cointestato (no libretto)

IBAN | | | . | | | . | | | . | | | | | | . | | | | | | . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Conto Corrente bancario intestato a me medesimo o cointestato

IBAN | | | . | | | . | | | . | | | | | | . | | | | | | . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca _____ Agenzia di _____

- Rimessa diretta (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

ovvero

al Sig. _____,

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

mediante: RIMESSA DIRETTA (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

Luogo e data _____ / _____ / _____

IL BENEFICIARIO o IL FAMILIARE

(firma leggibile)

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

