

**DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato/a

oppure

(da compilarsi solo qualora il/la dichiarante non sia il/la diretto/a interessato/a barrando SOLO UNO dei riquadri sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

del/la beneficiario/a:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che **NON** sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐

(se sì, saltare punto 2)

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐

☐ sostituzione del caregiver familiare

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)

☐ contatti per le comunicazioni

nominativo _____

indirizzo e-mail _____ tel. _____

☐ dai relativi all'IBAN *(compilare pag. 3)*

CONFERMA

- | | |
|---|-----------------------------|
| 3. il mantenimento dei requisiti di accesso; | SI ☐ |
| 4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) | SI ☐ |
| 5. il progetto attivo e sottoscritto | SI ☐ |
| 6. i dati relativi alla residenza/domicilio | SI ☐ |
| 7. contatti per le comunicazioni | SI ☐ |
| 8. dai relativi all'IBAN | SI ☐ |

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- Soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- Operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- Suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ copia dell'IBAN in caso di variazione

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della
responsabilità genitoriale

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

[illegible]

dichiarando che il medesimo conto corrente è intestato a:

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria