**AL COMUNE DI MARA**

**SERVIZIO SOCIO-CULTURALE**

**VIA ANTONICO MARIANI, 1**

**07010 MARA (SS)**

**OGGETTO: ISTANZA PER PROGRAMMA COMUNALE “MI PRENDO CURA” ANNO 2024.** **DGR n. 10/28 del 16.03.2023**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) e residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/Viale/Piazza/Corso/Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *i*n qualità di

* **beneficiario**

 *oppure*

* coniuge
* figlio
* tutore legale
* amministratore di sostegno
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e residente in Mara in Via/Viale/Piazza/Corso/Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**beneficiario** del progetto “Ritornare a casa”

# **CHIEDE**

l’ammissione al beneficio economico **“Mi prendo cura”** finalizzato al rimborso delle spese per:

**INTERVENTO 1**

beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale “Mi prendo cura”finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e/o al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure.

**INTERVENTO 2**

 acquisizione di servizi professionali di assistenza in quanto in attesa da più di 30 giorni di attivazione del progetto ritornare a casa.

# **A TAL FINE,**

consapevole che, ai sensi dell’art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza,

# **DICHIARA**

Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale “Ritornare a casa” attivo nel 2024;

 Che la persona interessata ha un’attestazione ISEE sociosanitario anno 2024 pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 che ha presentato in data ---/---/--- domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a Casa Plus” formalmente acquisita dall’Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ed è in attesa dell’attivazione dello stesso da oltre 30 giorni.

 Che la patologia da cui è affetto il beneficiario è la SLA o la sclerosi.

Allega:

* Attestazione ISEE sociosanitario anno 2024;
* Copia documento di identità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
* Eventuale decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
* Documento delle Poste o della Banca attestante l’IBAN sul quale effettuare il rimborso;
* Documentazione attestante le spese sostenute
* Informativa sul trattamento dei dati personali.

**DICHIARA** inoltre, ai sensi dell’art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., che le spese sopra specificate:

* **non sono coperte** dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
* **sono coperte** dal SSN o da altre misure a favore dei non abbienti nella misura sopra indicata;

**TRASMETTE** in busta chiusa originali o copie conformi all’originale delle attestazioni di pagamento (fatture, bollette, scontrini etc.) relativi a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo di spesa** | **Periodo/anno** | **Importo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE** che il contributo venga erogato attraverso:

* accredito su conto corrente bancario/postale intestato al titolare del progetto “Ritornare a casa” con il seguente IBAN - **modalità da indicare prioritariamente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* accredito su conto corrente bancario/postale intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con delega alla riscossione con il seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

MARA lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

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

#### **INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Ai sensi e per gli effetti dell’art.13 del Reg. UE 2016/679 “Regolamento generale sulla protezione dei dati personali”, si forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati comunicati direttamente dagli interessati ai fini della presente procedura.

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Comune di Mara via Antonico Mariani, 1 (SS) email/pec: protocollo@comune.mara.ss.it/ protocollo@pec.comune.mara.ss.it tel. 079.805068

**RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI:** Nicola Zuddas s.r.l. nella persona dell’avvocato I. Orrù , contattabile ai seguenti recapiti: Email : privacy@comune.it; PEC: privacy@pec.comune.it

**FINALITA’ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO.** Il trattamento dei dati personali forniti in sede di presentazione dell’istanza è finalizzato alla richiesta di sussidio economico ai sensi della L.R. 20/97 e ss.mm.ii. ed alle eventuali attività connesse all’espletamento della presente procedura.

La base giuridica del trattamento è costituita dall’esplicito consenso al trattamento da parte dell’interessato oltre che dallo svolgimento delle pubbliche funzioni svolte dall’Ente e nell’ambito dell’esecuzione di compiti di interesse pubblico da parte di esso.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l’impossibilità di dar corso alla procedura stessa ed ai conseguenti adempimenti

**LUOGO DEL TRATTAMENTO.** Il trattamento dei dati forniti avverrà presso il Comune di Mara e potrà avvenire anche con procedure informatizzate. Il personale che eseguirà il trattamento sarà debitamente a ciò autorizzato nonché tenuto a garantire la riservatezza.

**DURATA DELLA CONSERVAZIONE DEI DATI.** I dati verranno conservati per tutto il tempo in cui il procedimento può produrre effetti ed, in ogni caso, per il tempo previsto dalle norme e dalle disposizioni in materia di conservazione della documentazione amministrativa.

**TRASMISSIONE DEI DATI.** I dati non verranno trasmessi a terzi, fatta eccezione per quei soggetti ai quali i dati dovranno essere comunicati ai fini della regolare gestione del Servizio (CSM, RAS, Ambiti territoriali PLUS, etc.). I provvedimenti assunti a conclusione della presente procedura verrano diffusi e pubblicati secondo le norme ed i principi fondamentali in materia di trattamento dei dati personali limitatamente a quanto necessario e pertinente.

**DIRITTI DEGLI INTERESSATI.** Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all’art.15 del reg. UE 2016/679. In particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, il diritto di chiederne la rettifica o la limitazione, il diritto all’aggiornamento se inesatti o incompleti, il diritto alla cancellazione in presenza delle condizioni richieste ed, infine, il diritto ad opporsi al trattamento rivolgendo apposita istanza al titolare o al responsabile per la protezione dati ai recapiti di sopra indicati.

Gli interessati potranno, laddove ricorrano i presupposti, inoltrare eventuale reclamo all’Autorità di Controllo italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio n.121 - 00186 – Roma

 **Firma per presa visione**

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