**AI SERVIZI SOCIALI – UFFICIO WELFARE**

**DEL COMUNE DI TERRE ROVERSCHE**

**ISTANZA PER LA RIATTIVAZIONE DEL SERVIZIO EDUCATIVO DOMICILIARE**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di esercente la potestà genitoriale del

minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Già beneficiario del servizio di educativa domiciliare erogato dal Comune di TERRE ROVERESCHE e sospeso per Emergenza COVID 19

Con la sottoscrizione del presente modulo **DICHIARA**:

* di conoscere le norme contenute nelle Linee Guida Ministeriali e Regionali;
* Protocollo per la riattivazione dei Servizi territoriali assistenziali, educativi e di presa in carico professionale adottato dal settore Affari Generali e Servizi alla Comunità del Comune di Terre Roveresche approvato con Determinazione n. 119 del 25/06/2020;
* di essere consapevole dei rischi sanitari potenzialmente connessi alla frequentazione di soggetti esterni al proprio nucleo famigliare, ancorché siano garantite da parte dell’educatore le misure di protezione e distanziamento sociale imposte dalla normativa;

A tal fine

**DICHIARA:**

* che la richiesta di riattivazione del servizio sopra indicato è **svolto sotto la propria esclusiva responsabilità**  esonerando il gestore ed il soggetto inviante da ogni responsabilità e, da tutte le azioni ad essa relative, qualsivoglia tipo di procedimento giudiziario e/o arbitrato tra questi compresi — ma non limitati- quelli relativi al rischio di malattia da contagio a seguito dell'attività prestata nonché al risarcimento di danni a persone ;
* la rinuncia espressa a qualsivoglia tipo di atto e/o azione legale e/o risarcitoria nei confronti del gestore e dei soggetti istituzionali invianti;
* di essere stato espressamente edotto sulle precauzioni da adottare garantendone l’osservanza;
* di essere informato del trattamento dei propri dati personali, che saranno utilizzati esclusivamente per le finalità indicate nella presente dichiarazione, secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

**ACCETTA**

* di accogliere l'operatore assegnato al fine dello svolgimento delle attività previste nel Progetto individualizzato rimodulato;
* che l'operatore assegnato sia munito di presidi necessari alla salvaguardia della propria e altrui salute.
* che il soggetto beneficiario del servizio adotti tutti gli accorgimenti utili alla salvaguardia della propria e altrui salute.
* di comunicare tempestivamente all’Assistente Sociale di riferimento, telefonicamente o via mail, ogni stato di malessere del minore o degli altri componenti del nucleo che possa insorgere;
* di compilare il Modello B1 in calce alla presente e di consegnarlo all’Operatore ed all’Ufficio Welfare ad ogni accesso.
* *La presente Dichiarazione Liberatoria deve essere letta, approvata e sottoscritta dall’esercente la potestà genitoriale del minore. La firma apposta sulla presente comunicazione comporta la piena e consapevole lettura e comprensione di quanto vi è contenuto.*

Letto, approvato e sottoscritto

Firma

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

**Informativa Privacy**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs.196/2003 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

|  |
| --- |
| **Titolari del trattamento:** Comune di Terre Roveresche - Ente Gestore Cooperativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Responsabili del trattamento**: Responsabile Settore Affari Generali e Servizi alla Comunità dott.ssa Elisabeth Francoise Girardi |
| **Incaricati:** Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, ai Settori Servizi Sociali del Comune di Terre Roveresche - Referente Assistente Sociale Dott.ssa Federica Berardinelli; |
| **Responsabile Protezione dati dell’Ente :** Dott. Giuseppe Aiudi Segretario comunale |
| **Finalità:** i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto. |
| **Modalità:**Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. Nel rispetto della normativa i dati sensibili sono custoditi in contenitori chiusi a chiave e, nel caso di trattamento su supporto informatico, sono adottate chiavi d’accesso. |
| **Ambito di comunicazione:** I dati verranno utilizzati dai Settori Servizi Sociali del Comune di Terre Roveresche con riferimento ai propri residenti. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati verranno comunicati alla Coop. Cooss Marche Onlus e alla cooperativa la Macina |
| **Natura conferimento dati:** Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l’esclusione dal procedimento. |
| **Diritti:** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03 , rivolgendosi alla sede dei ciascun Comune. |
| **Sito:** L’elenco dei Responsabili è pubblicato sul sito del Comune di Terre Roveresche |

**Mod. B1**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di esercente la potestà genitoriale del

minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA,** sotto la propria responsabilità:

ASSENZA SINTOMI:

□ di NON presentare sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie nella giornata di oggi e nelle  
precedenti 14 giornate;

□ di presentare sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie nella giornata di oggi e nelle precedenti 14 giornate;

ASSENZA SINTOMI CONVIVENTI:

□ NON vi sono persone a casa e di non aver avuto contatti nei precedenti 14 giorni con persone che  
risultano essere positive al COVID-19 o che presentano sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie.  
□ vi sono persone a casa e di non aver avuto contatti nei precedenti 14 giorni con persone che risultano  
essere positive al COVID-19 o che presentano sintomi quali febbre, tosse o difficoltà respiratorie.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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