**DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI DI CUI ALL’AVVISO PUBBLICO RELATIVO A INTERVENTI PER LO SVILUPPO DELL’AUTONOMIA FINALIZZATA ALL’INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI (D.D.G. 25 NOVEMBRE 2015 - N. 10227)**

**MISURA DEL REDDITO DI AUTONOMIA**

La/il sottoscritta/o

(cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

□ diretto interessato

□ Familiare di □ Tutore di □ Curatore di □ Amministratore di Sostegno di

cognome/nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

Di accedere agli interventi della misura sperimentale denominati MISURE REDDITO DI AUTONOMIA di cui all’avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell’autonomia finalizzata all’inclusione sociale delle persone disabili (D.d.g. 25 novembre 2015 - n. 10227).

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall’art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA DI POSSEDERE I SEGUENTI REQUISITI DI ACCESSO:

(barrare la casella corrispondente)

□ reddito ISEE come da indicazioni regionali uguale o inferiore a 10.000 euro annui;

(ISEE € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□ di cittadinanza italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;

□ età compresa tra i 16 ed i 35 anni con particolare riferimento alla disabilità intellettiva;

□ età superiore ai 35 anni con esiti da trauma o da patologie invalidanti che necessitino di un percorso di acquisizione di ulteriori abilità sociali

□ non essere già in carico ai servizi,

□ non frequentare unità d’offerta o servizi a carattere sociale (il centro socio educativo, il servizio di formazione all’autonomia);

□ non beneficiare della Misura B2 ex DGR n. 2883/2014, sostenuta con le risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;

□ non frequentare corsi di formazione professionale;

□ di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

A L L E G A

 □ Copia verbale invalidità, qualora presente;

 □ Copia documento d’identità e Codice Fiscale del beneficiario;

 □ Copia permesso di soggiorno in corso di validità;

 □ Copia documento d’identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;

 □ Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;

 □ Documentazione sanitaria attestante gli esiti da trauma o da patologie invalidanti che necessitino di un percorso di acquisizione di ulteriori abilità sociali o disabilità intellettiva;

□ Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA del DICHIARANTE

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

**Informativa ai sensi dell’art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003**

**“Codice in materia di protezione dei dati personali” (Privacy)**

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (di seguito T.U.) ed in relazione ai dati personali di cui l’ufficio entrerà in possesso, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali è finalizzato esclusivamente alla corretta e completa esecuzione delle attività proprie dell’ufficio, alla erogazione del servizio da lei richiesto, e a fini contabili e statistici;
2. Il trattamento dei dati personali può consistere nelle operazioni indicate all’art.4 c.1 lett.A) del T.U. (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati). Le operazioni possono essere svolte con supporto cartaceo e attraverso l’organizzazione di archivi automatizzati, anche successivamente il termine della prestazione erogata;
3. Il conferimento dei dati personali e sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività proprie dell’ufficio ed è condizione per l'erogazione del servizio richiesto ai sensi del regolamento comunale;
4. La mancata comunicazione dei dati richiesti, impedisce l’erogazione del servizio richiesto;
5. I dati personali e sensibili possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento, e possono essere comunicati a collaboratori e/o altri soggetti rispetto ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto adempimento dei compiti dell’ufficio (es. ASL e cooperative/enti pattanti, Aziende Ospedaliere, Ufficio di Piano Distrettuale). Nel caso di servizi di erogazione contributi di varia natura, i dati personali sono comunicati agli Istituti di credito per il pagamento e nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell’utente, agli enti, anche privati, concessionari per la riscossione. Nel caso di servizi erogati in appalto, o comunque tramite terzi, i dati personali e sensibili sono altresì comunicati alla Ditta in rapporto di convenzione e/o collaborazione con questo Ente per lo svolgimento del servizio stesso.
6. I dati richiesti non sono soggetti a diffusione.
7. L’art.7 T.U. conferisce all’interessato l’esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l’interessato ha diritto di avere conoscenza dell’origine dei propri dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati. L’interessato ha inoltre diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione e l’integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l’interessato ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
8. Il titolare del trattamento dei dati personali è COMUNE di Cavaria con Premezzo, P.zza Pertini 75.
9. ll responsabile del trattamento è Dott.ssa Laura De Santis in qualità di Responsabile del Servizio Attività alla Persona.