Al Distretto Socio Sanitario RI/4

c/o Comunità Montana Salto Cicolano

Settore Servizi Sociali Distrettuali

**ALZHEIMER**

*Interventi in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari –anno 2021*

**RICHIEDENTE/BENEFICIARIO**

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso in cui il richiedente non coincidesse con il beneficiario, compilare la seguente sezione.

Richiedente in qualità di:

□ **tutore**

**□ amministratore di sostegno**

□ altro (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) In favore di:

# BENEFICIARIO

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

□ Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012), tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell’art.76 del D. Lgs. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell’Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

* che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
* di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Chiede altresì di accreditare il contributo con le seguenti modalità:

nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c/o Banca/Ufficio Postale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO A PENA DI ESCLUSIONE:**

* autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al bando;
* copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e del familiare o amministratore di sostegno/tutore;
* certificazione ISEE Socio Sanitario del nucleo familiare in corso di validità;
* certificazione sanitaria attestante la malattia di Alzheimer o malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile), rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
* test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL), rilasciato nel corso degli ultimi 12 mesi, dagli ex Centri Uva/CDCD o da specialista neurologo o geriatra di struttura pubblica e/o accreditata del sistema sanitario nazionale. Il test va allegato per esteso.

Nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi la condizione di impossibilità di firma, allega altresì:

* provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno /tutore secondo la normativa vigente in materia o qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta dell’avvenuta presentazione dell’istanza presso il Tribunale competente.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dalla Comunità Montana Salto Cicolano - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa sottostante.

***Informativa ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 196 del 2003***

*I dati forniti dall'interessato (dati anagrafici, situazione familiare, abitativa, sociale, economica e lavorativa), comprese categorie particolari di dati personali (ad es. stato di invalidità o non autosufficienza, percepimento di indennità o pensioni a causa della minorazione) verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale (nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dal regolamento UE in materia di protezione dei dati personali ed attraverso procedure adeguate a garantire a riservatezza degli stessi), esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali dell’ente nella misura necessaria e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera e) del regolamento (UE) 2016/679 e art. 13 comma 1 lettera d), i dati personali possono venire a conoscenza del titolare, dei responsabili del trattamento e degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati nella misura necessaria per adempiere a un obbligo legale e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento stesso, a soggetti operanti nell’amministrazione del servizio e in genere, a tutti quegli enti gestori di servizi, cui la comunicazione sia necessaria ai fini istituzionali nonché ai soggetti che siano titolari del diritto di accesso. In particolare, i soli dati anagrafici e quelli relativi alla percezione di prestazioni sociali possono essere resi accessibili ad altri enti gestori dei servizi sociali esclusivamente per l’adempimento di obblighi previsti per legge. Inoltre in base al regolamento (UE) 2016/679 l'interessato ha i seguenti diritti: ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali, l'estrapolazione ed informazioni in forma intelligibile su di essi, la trasformazione dei dati in forma anonima, revocare in ogni momento il suo consenso al trattamento dei suoi dati (senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca), conoscere l’origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici, chiedere la rettifica, l’integrazione o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, proporre reclamo a un'autorità di controllo.*

*I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa*

*Il titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera a) del regolamento (UE) 2016/679 è la Comunità Montana Salto Cicolana, nella figura del legale rappresentante pro tempore.*

*Dati di contatto: Comunità Montana Salto Cicolano Via del lago 12 – Fiumata (RI) PEC saltocicolano@pec.it*

*II Responsabile che evade i reclami presentati ai sensi del regolamento UE 2016/679 è:*

*Dott. Riccini Amedeo Area Amministrativa e Funzione Associata Servizi Sociali.*

*Il Responsabile della protezione dei dati è:*

*Società Webizup –Viale della Tecnica, 225 Roma – PEC webizup@pec.com.*

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

N.B. Il modulo va consegnato al PUA di S.Elpidio o in uno degli Uffici del Servizio Sociale Comunale o Distrettuale o inviato con email all’indirizzo [saltocicolano@pec.it](mailto:saltocicolano@pec.it)