



**MODULO DI RINNOVO**

(Allegato 3)

Al Comune di \_\_\_\_\_

Area Servizi Sociali

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
In P.zza/Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede di accedere ad **uno dei seguenti interventi (è obbligatorio BARRARE UN INTERVENTO):**

- **assegno di cura**, attraverso contributo economico arimborso, totale o parziale, delle spese sostenute nell'anno 2021 per prestazioni assistenziali domiciliari rese da personale qualificato e con regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati coi familiari ed affini;
- **potenziamento del servizio di assistenza domiciliare**, attraverso contributo economico volto all'attivazione o al rafforzamento del supporto alla persona disabile gravissima e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare distrettuale;
- **Contributo di cura** attraverso la figura de l'care giver familiare.

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

In P.zza/Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*Chiede di accedere ad **uno dei seguenti interventi (è obbligatorio BARRARE UN INTERVENTO):***

- assegno di cura nella forma indiretta**, attraverso contributo economico arimborso, totale o parziale, delle spese sostenute nell'anno 2021 per prestazioni assistenziali domiciliari rese da personale qualificato e con regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati coi familiari ed affini;
- potenziamento del servizio di assistenza domiciliare**, attraverso contributo economico volto all'attivazione o al rafforzamento del supporto alla persona disabile gravissima e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare distrettuale;
- contributo di cura** attraverso la figura del caregiver familiare, previo riconoscimento del ruolo del care giver ai sensi della Dgr 341/2021;

**A tal fine:**

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 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.;
- Informato, ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune.
  1. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
  2. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
  3. ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
P.zza/Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Mail/Pec \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data    /    /  
\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_