



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO A

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA INDIPENDENTE

Al Comune di Potenza	
prot. n° _____	del _____
(Riservato all'Ufficio)	

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Il sottoscritto Cognome/Nome _____	
nato/a il	_____ a _____ Prov. _____
e residente in _____	
Via/P.zza	_____ n° _____
CAP _____	Tel. _____ Cell _____
Codice Fiscale: _____	
Stato civilea _____	Cittadinanzab _____
Estremi del documento di identità tipo _____ n _____	
Vedi note	

In caso di presentazione da parte di altro soggetto referente

GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Il sottoscritto Cognome/Nome _____
in qualità di *genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno/.....* del sopra indicato beneficiario: _____

nato/a il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile^a _____ Cittadinanza^b _____

Estremi del documento di identità: tipo _____ n° _____

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

Vedi note

NOTE :

^a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

^b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n°.....
rilasciata alla Questura di con scadenza il..... o in
corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data..... Rifugiato
politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

CHIEDE

di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.

A tale scopo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

1. Dati generali

a. che la persona beneficiaria:

intende avvalersi, a titolo oneroso di un assistente personale;

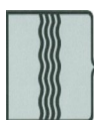
ovvero

sostiene gli oneri per l'assistente personale;

b. che il valore dell'I.S.E.E ordinario anno 2020 del nucleo familiare della persona con invalidità è di € _____

Data Attestazione Isee: _____

Numero protocollo attestazione: INPS-ISEE- _____



c. **la persona beneficiaria è / di essere** in possesso del certificato della commissione medica per l'accertamento dello stato di handicap come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art3 della legge n. 104/1992 con Diagnosi principale di _____

d. **la persona beneficiaria non fruisce/ di non fruire** dei contributi economici, di seguito specificati, erogati dalla Regione Basilicata:

- per l'assistenza ai malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico;
- per l'assistenza ai malati di sla;
- assegno di cura.

2. Dati relativi all'assistente personale

(Parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga a titolo oneroso di un assistente personale)

Assistente personale assunto

L'assistente personale _____, codice fiscale _____, iscritto all'INPS con matr. _____ il ___/___/_____, categoria o qualifica _____, è stato assunto con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona beneficiaria indicata in precedenza:

- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/_____

3. Tipologia di riferimento del Progetto di vita indipendente proposto:

1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie.
2. Favorire il sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale.
3. Favorire l'accessibilità e la mobilità.
4. Favorire la permanenza presso il domicilio familiare.
5. Favorire l'“abitare in autonomia”.

4. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata a

- Beneficiario
- Richiedente

con la seguente modalità:

- Quietanza diretta intestata al beneficiario richiedente
- Accreditamento bancario, intestato al beneficiario richiedente

cod. IBAN _____

5. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando con

autocertificazione tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati.

6. Trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'Ente cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD -UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

ALLEGA:

- Descrizione del Progetto di vita indipendente, redatto su apposito modulo (Allegato B del presente avviso), con precisazione delle richieste/proposte, della tempistica, delle possibili tipologie di intervento, della descrizione e quantificazione delle necessità, dei relativi costi;
- Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale e dichiarazione INPS di inizio del rapporto di lavoro (codice del rapporto di lavoro INPS) ;
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- Copia del verbale di invalidità di altri componenti del nucleo familiare anagrafico.

In fede

Data ___/___/_____

IL DICHIARANTE

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018).

Informativa completa

1. Finalità del trattamento

La informiamo che il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è Comune di Potenza, sede in Piazza G. Matteotti 85100 Potenza, rappresentato dal Sindaco p.t. Mario Guarente, e-mail sindaco@comune.potenza.it, per l'esercizio delle funzioni, connesse e strumentali, dei compiti di svolgimento del servizio **DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA INDIPENDENTE** ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

I Suoi dati personali da Lei forniti o raccolti da altri titolari del trattamento saranno raccolti e trattati per le sotto elencate finalità:

- Erogazione del contributo
- Verifica dei requisiti
- Comunicazioni per verifica delle condizioni richieste dalla legge

- Servizi Socio Assistenziali
- Attività di Rendicontazione

2. Natura del conferimento

La **raccolta** di questi dati personali è:

Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di ricevere il contributo.

3. Modalità del trattamento

La gestione del servizio di **DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA INDIPENDENTE** comporta il trattamento di dati comuni e di particolari dati sensibili relativi allo stato di salute del richiedente, nonché dati anche economici riguardati l'interessato e il nucleo familiare.

I dati sono trattati in **modalità**:

q **Cartacea** e quindi sono raccolti in schedari debitamente custoditi con accesso riservato al solo personale appositamente designato; l'ubicazione di questi archivi cartacei è presso gli uffici.

q **Informatica**, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. L'accesso a questi dati è riservato al solo personale appositamente designato. Sia la struttura di rete, che l'hardware che il software sono conformi alle **regole di sicurezza imposte** per le infrastrutture informatiche. L'ubicazione fisica dei server è all'interno del territorio dell'Unione Europea.

Ai sensi del D.M. 206/2014 e del D.Lgs 147/2017 i dati saranno trasmessi altresì al Casellario dell'assistenza e al SIUSS.

I dati raccolti **non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi**, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla raccolta e all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), i dati verranno trattati nel pieno rispetto delle normative in vigore sia in materia di privacy che di settore.

I dati personali oggetto del presente trattamento sono stati acquisiti:

q direttamente dall'interessato

Il trattamento dei dati in oggetto:

q essendo obbligatorio per legge non ha scadenza

Il trattamento dei dati conferiti è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate. I dati forniti verranno utilizzati esclusivamente per gli scopi per i quali sono raccolti e per l'attuazione degli interventi socio-assistenziali dell'Ente.

La base giuridica del trattamento di dati personali per le finalità sopra esposte è da individuarsi nel disposto dell'art. 6 par. 1 lett. E GDPR, ovvero: "il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento".

La base giuridica per il trattamento per dati particolari è rappresentata dall'art. 9 GDPR lett. G “il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato”, nello specifico “*Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.*” L. 22/06/2016 n. 112

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra.

La titolarità di questo trattamento è del Comune di Potenza. Il trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta dei soggetti di seguito indicati, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quaterdecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018:

1. *Funzione e titolo:* Responsabile P.O.
Cognome e Nome: Dott.ssa Marilene Ambroselli
Indirizzo postale – Indirizzo mail/PEC: Via Nazario Sauro,s.n. – Potenza –
PEC: protocollo@pec.comune.potenza.it
Telefono: 0971415787
2. *Altre persone incaricate, come da incarichi pubblicati sul sito del Comune di Potenza all'area Amministrazione trasparente –Organizzazione – Articolazione degli uffici – Servizi sociali.*

Destinatari

I destinatari delle sue informazioni personali possono essere, oltre agli incaricati,

1. Altre pubbliche amministrazioni come previsto dalle normative vigenti

5. Diritti dell'interessato

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta al Comune di Potenza, in qualità di Titolare, oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - “DPO”)

e-mail: albano.giovanni.232@gmail.com

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Potenza, con sede in Piazza G. Matteotti,s.n.c.

7. Dati di Contatto del Data Protection Officer

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - “DPO”) può essere contattato tramite e-mail: albano.giovanni.232@gmail.com

8. Reclamo all'Autorità Garante

In ultima istanza, oltre alle tutele previste in sede amministrativa o giurisdizionale, è ammesso comunque il **reclamo all'Autorità Garante**, nel caso si ritenga che il trattamento avvenga in violazione del Regolamento citato