

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre nelle decadenze previste dalla legge, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

### **DICHIARA**

- di non aver** beneficiato del contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 Ottobre 2020, in attuazione dell'art. 1 della legge n.205/2017);
  
- di aver** usufruito o essere in attesa di usufruire del contributo economico concesso ai caregiver familiari, finalizzato al sostegno del ruolo di cura e di assistenza (DPCM del 27 Ottobre 2020, in attuazione dell'art. 1 della legge n.205/2017);
  
- di non essere** già beneficiario dell'assegno di cura erogato dall'Asp relativo alle annualità afferenti al *Fondo per le Non Autosufficienze* - annualità – 2014-2015-2016-2017-2018.

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi D.lgs. 196/2003 e successive integrazioni e modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.



*Comuni di Belvedere di Spinello, Crotona, Cutro, Isola di Capo Rizzuto, Rocca di Neto, S. Mauro Marchesato, Scandale*  
**Ufficio di Piano**  
 Piazza della Resistenza – 88900 Crotona

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**  
**FREQUENZA CENTRI DIURNI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON GRAVI**  
**DISABILITA', IVI INCLUSE LE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE**  
**AMIOTROFICA**

*Fondo Non Autosufficienza Annualità 2016-2017-2018*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )  
 il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ (KR) alla via/piazza/vico/c.da  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_  
 e – mail \_\_\_\_\_  
 pec \_\_\_\_\_

(eventualmente) in qualità di \_\_\_\_\_  
 di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il  
 \_\_\_\_\_, ed residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza/vico/c.da  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di accedere all'erogazione del voucher per **persone non autosufficienti con gravi disabilità, ivi incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica**

**TIPO DI PRESTAZIONI RICHIESTA**

**Frequenza Centri Diurni autorizzati per persone non autosufficienti con gravi disabilità, ivi incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica**

**A TAL FINE**



sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità penale prevista per il caso di dichiarazioni false o mendaci e dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia nonché delle decadenze previste, ai sensi degli articoli 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/200, n. 445;

**DICHIARA CHE**

Il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

è cittadino italiano o comunitario ;

è straniero, con cittadinanza \_\_\_\_\_ ed è in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità;

**COMPOSIZIONE FAMILIARE**

la composizione del nucleo familiare convivente col beneficiario delle prestazioni è la seguente:

N	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

**PARAMETRI REDDITUALI**

il valore ISEE del nucleo familiare convivente con il beneficiario delle prestazioni socio-assistenziali per l'anno \_\_\_\_\_ ammonta ad € \_\_\_\_\_;

**CONDIZIONI DI SALUTE**

che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:

- 1. Persona portatrice di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92);
- 2. Persona portatrice di disabilità (art. 3 c. 1. L. 104/92);
- 3. Persona invalida al 100% in attesa di riconoscimento di cui alla L. 104/92;



4. Persona non autosufficiente con invalidità inferiore al 100%, sprovvista della certificazione medica prevista dall'art. 3 c.1 L. 104/1992 oppure persona in condizione di fragilità socio-sanitaria comprovata da adeguate certificazioni specialistiche.

**Specificando che:**

- il beneficiario è solo;
- il beneficiario è inserito in un nucleo familiare con altre persone non autosufficienti che hanno compiuto i 65 anni di età, compreso il coniuge;
- il beneficiario vive con coniuge o altri familiari autosufficienti ;

**DICHIARA, ALTRESÌ**

di essere a conoscenza della tipologia delle prestazioni, delle modalità di accesso e di valutazione delle domande.

**SI IMPEGNA A**

- sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione multidimensionale;
- corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dall' Avviso e dal Regolamento di Ambito, pena la sospensione del servizio;
- comunicare tempestivamente per iscritto, al servizio sociale comunale di riferimento, situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

**AUTORIZZA**

Gli Uffici dei Servizi Sociali Comunale:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "materia dei dati personali" e successive integrazioni;
- ad effettuare visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria a perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

**ALLEGA:**

- Documento di riconoscimento in corso di validità;



- Attestazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Eventuale copia del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- Eventuale certificazioni attestanti condizioni di fragilità;
- Autocertificazione ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/200, relativa ad eventuali voucher o servizi già fruiti relativamente alle annualità di riferimento del presente Avviso, erogati dall'Asp (*allegato b*).

*Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e determina la decadenza dei benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 dello stesso decreto.*

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

*Firma del beneficiario o del familiare*

-----

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. In osservanza di quanto disposto dall'articolo 13 del Regolamento U.E. 2016/679, il Comune di Crotona fornisce le seguenti informazioni agli utenti in merito all'utilizzo dei dati personali.
2. Il titolare del trattamento è il Comune di Crotona, Piazza della Resistenza 1, 88900 Crotona, Tel. 0962921111(centralino) – PEC: [protocollocomune@pec.comune.crotona.it](mailto:protocollocomune@pec.comune.crotona.it). Il responsabile della protezione dei dati (R.P.D.) la società "ENCYBERISK S.r.l.", con sede in Roma, Via C. Colombo, 163, partita iva 15813291000, nella persona della Dott.ssa Melania Muraca, all'uopo individuata quale referente per l'Ente (Decreto del Sindaco n. 4 del 16.02.2023).
3. Il Titolare tratta i dati personali, qualificabili come qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile, mediante una o più operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
4. I dati personali sono trattati secondo le specifiche finalità previste dai singoli procedimenti amministrativi. La finalità del trattamento è definita dalle fonti normative che disciplinano i singoli procedimenti.
5. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente competente del settore specifico al quale si riferiscono le informazioni, secondo gli atti di organizzazione vigenti.
6. I dati personali acquisiti saranno conservati per un periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento delle funzioni istituzionali e dei procedimenti e per il rispetto delle norme previste dalla normativa vigente per la conservazione degli atti e dei documenti della P.A. ai fini archivistici. L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali e la loro eventuale rettifica,



la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento. L'interessato ha altresì il diritto alla portabilità dei dati.

7. L'interessato ha sempre diritto alla revoca del consenso prestato. In questo ultimo caso, la revoca del consenso al trattamento dei dati da parte dell'interessato non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati fino alla revoca.

8. L'interessato ha facoltà di proporre reclamo all'autorità di controllo come da previsione normativa ex art. 13, paragrafo 2, lettera d, del Regolamento U.E. 2016/679.

9. Il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di accedere ai benefici a cui afferisce la domanda.

10. Il Titolare del trattamento deve informare l'interessato se la comunicazione dei dati è richiesta dalla legge e delle possibili conseguenze per la mancata comunicazione di tali dati. (art. 13, paragrafo 2, lettera e Regolamento U.E. 2016/679)

Il/ la sottoscritto/a, preso atto dell'informativa che precede, dichiara di autorizzare il Comune di Crotone al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse alla presente procedura, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento U.E. 2016/679

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_