



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-143

Fax: 0187/406137

mail: sdslunigiana@usl1.toscana.it

pec: segreteria@pec.sdslunigiana.it

Allegato 1)

**RICHIESTA ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E
SOCIOSANITARI EROGATI DALLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA**

Protocollo: n° _____ Data _____

Alla Società della Salute della Lunigiana
Largo Giromini, 2
54011 Aulla (MS)

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

(Art. 46 D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni)

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ : _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____,

in qualità di:

☐ richiedente

☐ genitore *

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno **

☐ altro (*specificare* _____)

del Sig/Sig.ra _____ nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel _____ cell _____

Codice Fiscale _____,

Consapevole delle responsabilità penali che mi assumo per eventuali falsità in atti e dichiarazioni false, non rispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000:

DICHIARO quanto segue:

DATI NUCLEO FAMILIARE (compreso il sottoscritto)

NOMINATIVO	Grado di parentela	Anno di nascita	Attività svolta (lavorativa o altro)	Reddito netto mensile attuale

* allegare copia del documento di identità in corso di validità

** allegare copia del provvedimento di nomina

ALTRI FAMILIARI E/O PERSONE DI RIFERIMENTO

NOMINATIVO	Residenza e n° telefonico	Grado di parentela

L'utente dovrà inserire obbligatoriamente le sole informazioni richieste sulla base del servizio per il quale chiede l'intervento come da tabella che segue*.

A1) SITUAZIONE ECONOMICA

Valore ISEE ordinario: €. _____

Valore ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni: €. _____

Valore ISEE per prestazioni socio-sanitarie €. _____

Valore ISEE per prestazioni socio-sanitarie residenziali con l'aggiunta dei figli non conviventi
€. _____

Valore ISEE corrente €. _____

Data attestazione ISEE _____

Data presentazione DSU _____

- La famiglia percepisce ulteriori entrate non calcolate nell'ISEE Euro _____ mensili/annui.
- La famiglia sostiene eventuali spese fisse (mutui, alimenti, spese mediche ed altre spese), legalmente documentate per € _____ mensili/annui

La famiglia possiede i seguenti beni:

- automezzo: tipo _____
- ☐ immatricolati per la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta
 - moto: tipo _____
- ☐ immatricolati per la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta
 - numero abitazioni di proprietà in Italia e all'estero _____

☐ **dichiaro di non voler** essere soggetto a valutazione della situazione economica, e pertanto sono consapevole che verrà richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme delle prestazioni erogate

A2) SITUAZIONE ABITATIVA

- Tipo di abitazione _____
- Contesto: ☐ Condominio ☐ Casa Indipendente ☐ Casa Rurale
- Zona: ☐ Urbana ☐ Sub Urbana ☐ Rurale
- N° vani _____ N. Servizi Igienici _____ Piano dell'abitazione _____
- Barriere Architettoniche: ☐ Interne ☐ Esterne
- Condizioni generali dell'abitazione _____
- ☐ Proprietà ☐ Usufrutto ☐ A titolo gratuito ☐ Affitto Pubblico Edilizia Popolare ☐ Affitto da Privato ☐ sfratto in atto
- Riscaldamento (☐ Autonomo ☐ Condominiale ☐ A legna ☐ Altro ☐ Assente)

A3) CONDIZIONI DI SALUTE

SITUAZIONE DI SALUTE DEL RICHIEDENTE

- ☐ di essere stato/a riconosciuto/a invalido civile al _____ %
- ☐ con indennità di accompagnamento
☐ con indennità di frequenza
- ☐ di essere stato/a riconosciuto/a persona con disabilità ☐ con necessità di sostegno elevato o molto elevato
- ☐ di aver presentato domanda di invalidità in data _____



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-143

Fax: 0187/406137

mail: sdslunigiana@usl1.toscana.it

pec: segreteria@pec.sdslunigiana.it

☐ di essere titolare di altra invalidità/indennità di importo _____

Medico curante _____

SITUAZIONE DI SALUTE DI ALTRI FAMILIARI

☐ di essere stato/a riconosciuto/a invalido civile al _____ %

☐ con indennità di accompagnamento

☐ con indennità di frequenza

☐ di essere stato/a riconosciuto/a persona con disabilità molto elevato ☐ con necessità di sostegno elevato o molto elevato

☐ di aver presentato domanda di invalidità in data _____

☐ di essere titolare di altra invalidità/indennità di importo _____

Medico Medicina Generale _____

Pediatra di Libera Scelta _____

Il sottoscritto dichiara di usufruire delle seguenti prestazioni assistenziali (indicare tipologia e periodo):

CHIEDO

l'erogazione del seguente intervento/contributo, ai sensi del Regolamento dei Servizi sociali, Socio assistenziali e sociosanitari di questa SdS *

- ☐ Contributo economico: (A1, A2, A3)
- ☐ Assistenza Domiciliare: (A1, A2, A3)
- ☐ Assistenza socio educativa scolastica: (A2, A3)
- ☐ Contributo economico per affido familiare : (A2, A3)
- ☐ Welfare leggero: (A2, A3)
- ☐ Inserimento in Centro Diurno semi residenziale: (A1, A2, A3)
- ☐ Inserimento in Struttura Residenziale: (A1, A2, A3)
- ☐ Inserimento occupazionale socio assistenziali/terapeutico: (A1, A2, A3)
- ☐ Attività diurne: (A2, A3)
- ☐ Facilitatori sociali: (A2, A3)
- ☐ Interventi a nuclei familiari con minori: (A2, A3)
- ☐ Relazione sociale: (A1, A2, A3)

- In caso di erogazione del servizio/contributo richiesto, il sottoscritto dichiara d'impegnarsi a fornire agli uffici amministrativi della Società della Salute della Lunigiana tutta l'attestazione ISEE per la determinazione dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

- Nel caso di concessione del contributo economico da me richiesto, chiedo che lo stesso venga erogato a:

Nome e cognome _____, nato a _____ il _____,
residente a _____, via _____ n. _____,
C.F. _____ con le seguenti modalità:

- ☐ Ritiro presso tesoreria della SdS
- ☐ Accredito cc/ bancario IBAN _____
- ☐ Accredito cc/postale IBAN _____



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-143

Fax: 0187/406137

mail: sdslunigiana@usl1.toscana.it

pec: segreteria@pec.sdslunigiana.it

- ☐ Sono informato che la mia domanda potrà essere inserita in lista d'attesa. L'attivazione del servizio in mio favore mi verrà comunicato dall'ufficio amministrativo competente della SdS Lunigiana.
- ☐ Sono informato che in caso di carenza di risorse economiche, i servizi/contributi attivati possono cessare prima della scadenza prevista nel Progetto Individualizzato/Piano Assistenziale Individualizzato, con comunicazione della Struttura amministrativa competente della SdS Lunigiana.
- ☐ Sono informato che il servizio/contributo erogato potrà differire da quanto da me richiesto in base alla valutazione professionale e/o dell'equipe multidisciplinare
- ☐ Dichiaro di aver ricevuto l'informativa sulla privacy (ex art. 13 Reg.UE 2016/679)
- ☐ Dichiaro di aver ricevuto la comunicazione di avvio del procedimento relativo alla presente istanza nella data sotto riportata.

Data _____

Firma _____

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere (D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 Art. 4 Comma 1)

Documento di riconoscimento del richiedente (tipologia e numero)

Causa dell'impedimento a sottoscrivere

Il Pubblico Ufficiale (Firma e Timbro)

La dichiarazione di chi si trovi in situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale, fino al terzo grado, al Pubblico Ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, Art. 4 comma 2).

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

in qualità di _____ dichiara l'impedimento temporaneo a _____

sottoscrivere per i seguenti motivi _____
Documento di riconoscimento _____
Firma _____
Pubblico Ufficiale (Firma e Timbro): _____

La presente certificazione può essere anche inviata tramite posta/posta certificata, corredata di copia del documento di identità del sottoscrittore

***Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679
Rivolta agli utenti della Società della Salute della Lunigiana***

<i>Descrizione del presente documento</i>	<i>La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la Società della Salute della Lunigiana quale Titolare del trattamento, vuole quindi descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che ti riguardano per le prestazioni e le attività sociali e socio sanitarie. La presente informativa viene redatta in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che ti saranno prontamente comunicati.</i>
<i>Titolare del Trattamento</i>	<i>Titolare del trattamento è la Società della Salute della Lunigiana con sede in Largo Giromini,2 - 54011 Aulla (MS), email : sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it</i>
<i>e Responsabile della protezione dei dati</i>	<i>Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, VIA Masaccio n.18, email sds@dpo-rpd.eu, tel. (+39) 371 3057734.</i>
<i>Fonte dei dati personali</i>	<i>I dati personali che raccogliamo sono quelli che ci ha fornito al momento della sua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari. I dati che trattiamo sono:</i>

- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;
- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;
- - dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.

Base giuridica e finalità del trattamento *I suoi dati personali vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri Società della Lunigiana quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679) oppure ove **a)** sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale; **b)** per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali; c) sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri*

Nello specifico trattiamo i suoi dati personali per i seguenti scopi:

- Erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria:
- Contributo economico
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Socio educativa scolastica
- Contributo economico per affido familiare
- Welfare leggero
- Centri diurni semiresidenziali
- Residenzialità
- Inserimento socio assistenziali
- Attività diurne
- Facilitatori sociali
- Interventi a nuclei familiari con minori
- relazioni sociali
- amministrativi e contabili;

Comunicazione dei dati *I suoi dati personali non saranno comunicati a terzi salvi i casi, descritti di seguito, in cui potremo comunicare i suoi dati solo con il suo consenso o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:*

- Ai nostri fornitori di servizi
- Ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;
- Soggetti istituzionali, quali:
- Azienda USL Toscana Nord Ovest e altre Aziende USL e

Ospedaliere

- *Comuni della SdS Lunigiana*
- *Regione Toscana*
- *Autorità giudiziaria e Forse dell'Ordine(Tribunale ordinario, Tribunale dei minori, Procura della repubblica, Forze di polizia, Questure,ecc...)*
- *Ambasciate e Consolati*
- *Ministero della Salute e altri Ministeri interessati*
- *Istituti scolastici*
- *Gestori servizi elettrici, gas e acqua*
- *Terzo settore*
- *Associazioni e Fondazioni*
- *Istituto degli Innocenti*

Trasferimento internazionale dei dati	<i>I suoi dati non saranno inviati all'estero, ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.</i>
Sicurezza	<i>Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i suoi dati e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare i suoi dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.</i>
Conservazione dei dati	<i>Conserveremo i suoi dati solo per il tempo necessario per la gestione del rapporto di lavoro, a meno che non siamo tenuti a conservarli per periodi più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.</i>
Accesso ai dati	<i>Le chiediamo di verificare regolarmente che i suoi dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se rileva che siano errati oppure incompleti potrà chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure potrà richiedere che vengano rimossi dai nostri archivi. Potrà esercitare i suoi diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo: sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it</i>
Diritti dell'interessato	<i>Ha il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i suoi dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:</i> • <i>revocare il consenso per l'utilizzo dei suoi dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul suo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l'impossibilità per la nostra Società di instaurare e/o proseguire, in</i>

tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;

- *limitare e/o opporsi all'utilizzo dei suoi dati;*
- *richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui suoi diritti;*
- *richiedere una copia dei suoi dati personali detenuti dalla nostra Società;*
- *revocare il suo consenso a ricevere comunicazioni di marketing da parte della nostra Società.*

Quesiti o reclami

Se intende sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i suoi dati personali può contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile delle Protezione dei dati.

Ha inoltre diritto di contattare direttamente l'Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza VENEZIA N.11– 00187 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: garante@gpdp.it, Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it.

Data.....

Firma del richiedente
per presa visione

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FORMATO MARCO

DATA FIRMA: 19/03/2026 15:57:52

IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135