



**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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

*Allegato 1)*

**RICHIESTA ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E  
SOCIOSANITARI EROGATI DALLA SOCIETA' 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:**



**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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

### DATI NUCLEO FAMILIARE (compreso il sottoscritto)

NOMINATIVO	Grado di parentela	Età	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

### FAMILIARI E/O ALTRE 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:

**I soci:** Azienda Usl Nord-Ovest e Comuni: (Aulla, Bagnone, Casola in Lunigiana, Comano, Filattiera, Fivizzano, Fosdinovo, Licciana Nardi, Mulazzo, Podenzana, Pontremoli, Tresana, Villafranca in Lunigiana, Zerì)



### 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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

- 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 \_\_\_\_\_

## 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 da Pubblico  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 handicappata  in situazione di gravità
- di aver presentato domanda di invalidità in data \_\_\_\_\_
- 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 handicappata  in situazione di gravità
- di aver presentato domanda di invalidità in data \_\_\_\_\_
- di essere titolare di altra invalidità/indennità di importo \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_



**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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

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

---

---

**CHIEDO**

Perogazione del seguente servizio/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)
- Contributo economico per affido familiare : (A2, A3)
- Welfare leggero:(A2, A3)
- Inserimento in Centri diurni semiresidenziali: ( A1, A2, A3):
- Inserimento in RSA: (A1, A2, A3)
- Inserimento in RA/ Casa Famiglia
- Inserimento socio assistenziali: (A1, A3)
- Attività diurne: (A2, A3)
- Facilitatori sociali:(A2, A3)
- Interventi a nuclei familiari con minori: (A2)
- Contributi vita indipendente (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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto: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, 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'èquipe 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 \_\_\_\_\_

**FIRMA per consenso esplicito per il conferimento dei dati personali sopra specificati**



**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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

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/fax/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**

<b>Descrizione del presente documento</b>	<p>La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la <b>Società della Salute della Lunigiana</b> 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.</p> <p>La presente informativa viene redatta in conformità al <b>Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR)</b> e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che ti saranno prontamente comunicati.</p>
<b>Titolare del Trattamento</b>	<p><b>Titolare del trattamento</b> è la <b>Società della Salute della Lunigiana</b> con sede in Largo Giromini, 2 - 54011 Aulla (MS), email : <a href="mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it">sdslunigiana@usl1.toscana.it</a> pec : <a href="mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it">segreteria@pec.sdslunigiana.it</a></p>
<b>e Responsabile della protezione dei dati</b>	<p><b>Responsabile della protezione dei dati</b> è l'Avv. <b>Michele Morriello</b>, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>, tel. (+39) 371 3057734.</p>
<b>Fonte dei dati personali</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;</li> <li>- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;</li> <li>- dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.</li> </ul>
<b>Base giuridica e finalità del trattamento</b>	<p>I suoi dati personali vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri <b>Società della Lunigiana</b> quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679) oppure ove <b>a)</b> sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale; <b>b)</b> per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali; <b>c)</b> sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri</p> <p>Nello specifico trattiamo i suoi dati personali per i seguenti scopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria;</li> <li>- Contributo economico</li> <li>- Assistenza Domiciliare</li> <li>- Contributo economico per affido familiare</li> <li>- Welfare leggero</li> <li>- Centri diurni semiresidenziali</li> </ul>

- Residenzialità
- Inserimento socio assistenziali
- Attività diurne
- Facilitatori sociali
- Interventi a nuclei familiari con minori
- contributo vita indipendente
- relazioni sociali
- amministrativi e contabili;

---

**Comunicazione dei dati** I suoi dati personali non saranno comunicati a terzi salvo 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 Forze 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 suoi dati non saranno inviati all'estero, ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.

---

**Sicurezza** 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.

---

**Conservazione dei dati** 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.





**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](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)

pec: [segreteria@pec.sdslunigiana.it](mailto:segreteria@pec.sdslunigiana.it)

---

**Accesso ai dati**

*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@usl1.toscana.it](mailto:sdslunigiana@usl1.toscana.it)*

---

**Diritti dell'interessato**

*Ha il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i suoi dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:*

- *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 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 di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it), Posta certificata: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it).*

---

Data.....

Firma del richiedente  
per presa visione