



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 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

pec: 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

pec: 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

pec: 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

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, 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

pec: 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**

Descrizione del presente documento	<p>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.</p> <p>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.</p>
Titolare del Trattamento	<p>Titolare del trattamento è la Società della Salute della Lunigiana con sede in Largo Giromini, 2 - 54011 Aulla (MS), email : sdslunigiana@usl1.toscana.it pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it</p>
e Responsabile della protezione dei dati	<p>Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email sds@dpo-rpd.eu, tel. (+39) 371 3057734.</p>
Fonte dei dati personali	<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"> - 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	<p>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</p> <p>Nello specifico trattiamo i suoi dati personali per i seguenti scopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria; - Contributo economico - Assistenza Domiciliare - Contributo economico per affido familiare - Welfare leggero - Centri diurni semiresidenziali

- Residenza
- 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

pec: 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

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, Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it.

Data.....

Firma del richiedente
per presa visione