

Obiettivi del progetto:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Usufruisce dei seguenti servizi, interventi e contributi annui:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare ore sett _____ | <input type="checkbox"/> LR 28/91 € _____ | <input type="checkbox"/> contributo badanti € _____ |
| <input type="checkbox"/> Ass. Inf. ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Buoni Servizio € _____ | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Accudienza ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Assegno di Sollievo € _____ | |
| <input type="checkbox"/> Accomp.to ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Trasporto _____ | |

In caso di finanziamento è disponibile a rinunciare ai seguenti servizi o contributi, in quanto attinenti a prestazioni già previste nel presente progetto:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare ore sett _____ | <input type="checkbox"/> Trasporto _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ass. Inf. ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Buoni Servizio _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Accudienza ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Assegno di Sollievo _____ | |
| <input type="checkbox"/> Accomp.to ore sett. _____ | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | |

Note:.....

.....

Situazione familiare (composizione, capacità di supporto familiare...):

.....

.....

Situazione abitativa (titolo di godimento, dislocazione nel territorio, barriere architettoniche...):

.....

.....

Il reddito annuo personale è costituito dai seguenti emolumenti:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reddito imponibile IRPEF € _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione inv. Civile (13 mens.) € _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Rendita INAIL € _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione sociale € _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |
| | TOTALE ANNUO _____ |

Dichiarazione di responsabilità

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 20 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale, derivante da falsità e da dichiarazioni mendaci, prevista dall'art. 76 del medesimo decreto, dichiara che i dati sopra riportati sono completi e veritieri.

Coordinate Bancarie:

Conto corrente n. _____ intestato a _____

Codice CAB _____ Istituto di credito _____

Codice ABI _____ Agenzia (indirizzo) _____

Altra modalità di liquidazione richiesta (specificare) _____

Data _____

Firma _____

Informativa sulla riservatezza dei dati

La normativa in vigore in materia di protezione dei dati personali stabilisce che il trattamento dei dati personali si debba svolgere nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento al diritto alla riservatezza.

La persona deve essere informata in merito alle finalità ed alle modalità di raccolta, conservazione e trattamento dei dati personali e pertanto si informa/no il/i sottoscrittore/i del presente documento che:

- a) i dati raccolti con esso sono **destinati esclusivamente all'approntamento della pratica di erogazione dei servizi richiesti** e verranno trattati, mediante inserimento in un archivio elettronico allo scopo di gestire il rapporto l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) il conferimento di tali dati è obbligatorio;**
- c) in loro difetto non sarà possibile procedere all'approntamento della pratica di inserimento;
- d) i dati potranno essere comunicati, per quanto di competenza, ai soli soggetti previsti dalla normativa in relazione alle finalità per le quali sono raccolti (Regione, Comune o Enti pagatori) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
- e) le persone cui le informazioni si riferiscono **hanno il diritto di conoscere quali loro dati personali siano stati raccolti e gestiti e di richiedere l'eventuale cancellazione o rettifica** di tali informazioni, ovvero di opporsi al loro trattamento (in questo caso con le conseguenze di cui al precedente punto c).

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Dichiaro che mi sono state illustrate in sintesi le norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei miei dati personali e che consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.

Firma _____

Allega:

- Copia del certificato ULSS di stato di handicap fisico motorio in situazione di gravità (L.104/92 art. 3, comma 3)
- Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento
- Fotocopia di un documento di identità del richiedente e, nel caso di cittadino non appartenente alla U.E., fotocopia permesso di soggiorno in corso di validità.
- Altro _____.