



**MODULO DI DOMANDA “RITORNARE A CASA PLUS”  
INTERVENTI D SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ  
GRAVISSIME  
DGR. N.63/12 DEL 11.12.2020**

**ALLEGATO 1: RICHIESTA DI ACCESSO LIVELLO ASSISTENZIALE BASE - A**

Al Comune di TRATALIAS  
Ufficio Servizi Sociali

Il/La  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ del/della  
Signor/Signora \_\_\_\_\_  
Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via/P.zza/Loc.tà/Frazione \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico del familiare di riferimento \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il/la Signor/Signora \_\_\_\_\_

- è inserito, o e in procinto di esserlo, a seguito di valutazione UVT, in percorsi di cura all’interno di Strutture Residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che ha dovuto interrompere, o non ha potuto effettuare, l’inserimento a causa dell’emergenza COVID;
- non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del “Ritornare a Casa Plus” Livello Assistenziale Base A
- di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).

**CHIEDE**

Che il Signor/la Signora \_\_\_\_\_ possa avere accesso al Programma “**Ritornare a Casa Plus**” per Livello Assistenziale Base A:

Allega a tal fine:

- Il certificato ISEE socio sanitario 2021.
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, oppure dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all’allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;



**Comune di Tratalias**  
**Provincia del Sud Sardegna**



- Autocertificazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
- Copia verbale di inserimento nelle suddette strutture redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza.
- copia dei decreti di nomina dei tutori o amministratori di sostegno.

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

Firma \_\_\_\_\_

**La domanda di partecipazione al presente Avviso Pubblico dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di Tratalias o trasmessa all'indirizzo Pec: protocollo@pec.comune.tratalias.ca.it**

**Si precisa che alla documentazione andranno allegati solo referti e certificazioni dei medici specialisti. Non si dovranno allegare radiografie, esami del sangue, prescrizioni di farmaci etc.etc.**



### INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
2. I dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune di Carbonia in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati.
3. Essi potranno essere comunicati ad altri settori del Comune e in forma aggregata, a istituti pubblici o privati sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali nell'interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;
4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.
5. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l'accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it

### MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali del Comune di Tratalias e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_