



**COMUNE DI TRATALIAS**  
**Provincia del Sud Sardegna**  
**Via Matteotti, 15 – 09010 Tratalias**  
**Tel 0781/697023 -933 Fax 0781/688283**

[www.comune.tratalias.ca.it](http://www.comune.tratalias.ca.it) [sociali@comune.tratalias.ca.it](mailto:sociali@comune.tratalias.ca.it) [protocollo@pec.comune.tratalias.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.tratalias.ca.it)  
**Ufficio Scuola e Servizi Sociali**

**Spett.le Comune di Tratalias**  
**Ufficio Protocollo**  
**Via Matteotti n. 15**  
**09010 Tratalias (CI)**

**“Mi prendo cura”**

**Misura complementare al Programma regionale Ritornare casa Plus - Linee di indirizzo 2023-2025 e D.G.R. n. 10/28 DEL 16.03.2023**

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**ATTENZIONE:**

si raccomanda di **compilare** la presente dichiarazione **in ogni sua parte** e di controllare che la domanda sia debitamente **firmata**.

La domanda dovrà essere **presentata** improrogabilmente:

- **Entro il 30 settembre 2023 per i beneficiari del Progetto "Ritornare a Casa Plus" già attivo;**
- **Entro 30 giorni dalla data di approvazione in UVT del nuovo Progetto "Ritornare a Casa Plus".**
- **Entro 45 giorni dalla data della domanda di attivazione di un nuovo progetto Ritornare a casa plus, formalmente acquisita dall'ambito, per i richiedenti che siano in attesa dell'attivazione del programma da oltre 30 GG.**

**DATI ANAGRAFICI:**

**IL RICHIEDENTE 1):** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_\_ Stato di Cittadinanza \_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo email \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Beneficiario di progetto RAC PLUS;
- Beneficiario di progetto RAC PLUS affetto da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi;
- Richiedente nuovo progetto Ritornare a casa plus formalmente acquisita dall'ambito di riferimento, in attesa dell'attivazione del programma da oltre 30 GG;
- Tutore legale;
- Amministratore di sostegno;

del Beneficiario di progetto R.A.C PLUS/ Richiedente attivazione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso (M/F) \_\_\_\_\_ Stato di Cittadinanza \_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. di Nascita \_\_\_\_\_ Stato di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo email \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

*L'ammissione al beneficio economico "Mi prendo cura" di cui alle Linee di indirizzo 2023/2025 e D.G.R. n. 10/28 DEL 16.03.2023 il rimborso delle seguenti spese sostenute nell'annualità 2023, con decorrenza dall'ammissione al programma Ritornare a casa PLUS:*

- Acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano soddisfatte dal Servizio Sanitario Regionale.
- Fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti (le utenze devono essere intestate ad uno dei membri del nucleo familiare del beneficiario);
- Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (solo a favore delle persone che avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto Ritornare a casa plus, siano in attesa dell'attivazione del programma da oltre 30 GG.);

### **DICHIARA**

- Di essere beneficiario di progetto RAC PLUS/Disabilità Gravissime per i mesi da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 2023;
- Di essere beneficiario di progetto RAC PLUS/Disabilità Gravissime affetto da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi per i mesi da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 2023;
- Di aver presentato richiesta per un nuovo progetto "Ritornare a casa plus" formalmente acquisita dall'ambito di riferimento, e di essere in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione;
- Di essere a conoscenza che il contributo assegnato a ciascun beneficiario non potrà essere superiore a euro 2.000 una tantum per l'intera annualità, in ragione della soglia ISEE indicata nel relativo Avviso Pubblico, e che tale importo può essere integrato di ulteriori euro 1.000 a favore dei beneficiari affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e sclerosi, nei limiti delle risorse espressamente dedicate e trasferite dalla Regione Sardegna;

### **Allega:**

- certificato ISEE socio sanitario 2023.
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- copia decreto di nomina dei tutori o amministratori di sostegno, se non già deposita presso l'Ufficio Servizi Sociali.

## **INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 - D.LGS. 196/2003**

Il Comune di Tratalias, con sede in Tratalias, Via Matteotti n. 15, email: sociali@comune.tratalias.ca.it, pec: protocollo@pec.comune.tratalias.ca.it, tel: 0781697023 nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

Il trattamento dei dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la dignità e la riservatezza dei richiedenti l'erogazione del servizio.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

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](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)

### **MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Il/La sottoscritta dichiara di aver preso visione del contenuto dell'informativa sopra riportata e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili conferiti nella presente istanza al fine di consentire lo svolgimento delle attività istituzionali e degli obblighi ad essa connessi.

Tratalias, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma Richiedente**

---