

DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

CHIEDE
la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 2)

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario

☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi

☐ sostituzione del caregiver familiare

☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)

- ☐ contatti per le comunicazioni
nominativo _____
indirizzo e-mail _____ tel. _____
- ☐ dai relativi all'IBAN (compilare pag. 3)

CONFERMA

3. il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐
4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐
5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐
6. i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐
7. contatti per le comunicazioni SI ☐

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ copia documento di riconoscimento in corso di validità (anche del beneficiario se diverso dal/dai firmatari)
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della
responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

Allegare attestazione della banca

dichiara che il conto corrente allegato è:

- ☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatari)
- ☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

In caso di soggetto minorenne intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

1. I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
2. Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
3. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

La firma deve essere apposta dal dichiarante, per esteso, davanti al dipendente addetto al ricevimento della documentazione, ovvero, se la dichiarazione è inviata per via postale o consegnata da persone diverse dal dichiarante, alla dichiarazione stessa, firmata, deve essere allegata una copia fotostatica (leggibile in ogni sua parte) di un documento di identità valido.

Firma del dichiarante
