

ALLEGATO 1

Domanda per interventi gestionali a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residente nell'Ambito territoriale del Corsichese - Legge N. 122/2016 "DOPO DI NOI", a valere sull'Avviso Pubblico a sportello.

La/Il sottoscritta/o:

Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

In qualità di Rappresentante legale dell'Ente /Associazione:

Nome/Ragione sociale _____
Sede legale via: _____ Codice fiscale _____
Partita IVA (se pertinente) _____ Oggetto sociale _____
Telefono _____ Fax _____ @mail _____
Sito web _____

CHIEDE

IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO per intervento gestionale in favore di

- **Soggetto Beneficiario N.1**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

A1) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (barrare la casella di interesse):

Tipologia di alloggio (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni - voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A1 e A2)

A3) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

B2) Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):

Canone di locazione

(fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)

Spese condominiali

(fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Soluzione abitativa autogestita
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che (barrare la casella di interesse):

- La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa: presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____

- Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a €_____
- Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____
- Non frequenta alcun centro diurno
- E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì quali _____
- Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.
- Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)
- Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU
- Attestazione ISEE sociosanitario, calcolato sulla base dell'ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU (solo in caso di richiesta di contributo per i ricoveri di pronto intervento)

• **Soggetto Beneficiario N.2**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

A1) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (barrare la casella di interesse):

Tipologia di alloggio (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni - voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A1 e A2)

A3) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

B2) Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):

Canone di locazione

(fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)

Spese condominiali

(fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Soluzione abitativa autogestita
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che (barrare la casella di interesse):

- La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa: presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____

- Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a €_____
- Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____
- Non frequenta alcun centro diurno
- E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì quali _____
- Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.
- Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)
- Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU
- Attestazione ISEE sociosanitario, calcolato sulla base dell'ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU (solo in caso di richiesta di contributo per i ricoveri di pronto intervento)

• **Soggetto Beneficiario N.3**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____

A1) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (barrare la casella di interesse):

Tipologia di alloggio (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni - voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A1 e A2)

A3) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

B2) Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):

Canone di locazione

(fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)

Spese condominiali

(fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Soluzione abitativa autogestita
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che (barrare la casella di interesse):

- La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa: presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

- Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____
- Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a € _____
- Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____
- Non frequenta alcun centro diurno
- E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì quali _____
- Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.
- Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)
- Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU
- Attestazione ISEE sociosanitario, calcolato sulla base dell'ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU (solo in caso di richiesta di contributo per i ricoveri di pronto intervento)

• **Soggetto Beneficiario N.4**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

A1) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (barrare la casella di interesse):

Tipologia di alloggio (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni - voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A1 e A2)

A3) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

B2) Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):

Canone di locazione

(fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)

Spese condominiali

(fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Soluzione abitativa autogestita
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che (barrare la casella di interesse):

- La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa: presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

- Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____
- Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a € _____
- Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____
- Non frequenta alcun centro diurno
- E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì quali _____
- Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.
- Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)
- Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU
- Attestazione ISEE sociosanitario, calcolato sulla base dell'ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU (solo in caso di richiesta di contributo per i ricoveri di pronto intervento)

- **Soggetto Beneficiario N.5**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a un familiare (compilazione facoltativa)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ @mail _____

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

A1) Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (barrare la casella di interesse):

Tipologia di alloggio (barrare la casella di interesse):

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni - voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A1 e A2)

A3) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

B2) Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):

Canone di locazione

(fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)

Spese condominiali

(fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- Soluzione abitativa autogestita
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che (barrare la casella di interesse):

- La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa:

presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

- Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____
- Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a € _____
- Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____
- Non frequenta alcun centro diurno
- E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se si quali _____
- Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.
- Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)
- Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU
- Attestazione ISEE sociosanitario, calcolato sulla base dell'ISEE ordinario del nucleo familiare, completa di DSU (solo in caso di richiesta di contributo per i ricoveri di pronto intervento)

Dichiara inoltre che:

l'Ente possiede i seguenti requisiti (barrare la casella di interesse, solo per gli Organismi del Terzo settore):

- Di avere una comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie;
- Di essere iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali
- L' assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- La garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento)

Il progetto che intende realizzare per i beneficiari è il seguente (fornire breve descrizione del progetto di sostegno che l'ente intende realizzare)

ALLEGA
in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante

INFORMATIVA
AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679
(REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'assegnazione degli alloggi di cui al presente Avviso, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del Regolamento 2016/679.

I dati forniti potrebbero essere trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento dei dati in un Paese terzo.

Il conferimento dei dati è facoltativo; qualora non forniranno tali informazioni non sarà possibile considerare la sua domanda ed eventualmente erogare il contributo sopra indicato.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

I diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente potranno essere fatti valere in qualsiasi momento. Può essere altresì proposto reclamo all'Autorità Garante per la Privacy.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Buccinasco nella persona del Responsabile del Settore Servizi alla Persona – Lucia Ronzino, che è reperibile ai seguenti contatti:

Telefono: 02.45797338, Indirizzo PEC: protocollo@cert.legalmail.it

E' possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: ced@comune.buccinasco.mi.it.

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante
