

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE (SAD) - ANNO 2019/2020**

All'Ufficio di Piano

c/o PORTA UNICA ACCESSO (PUA)
sita a Modugno (alla via Paradiso) presso
l'ASL BA DSS n.9. o
PUNTI INFORMATIVI TERRITORIALI(PIT)
presenti presso i Servizi Sociali di Bitetto
(in p.za Moro) e Bitritto (via Bellino)

Il/La sottoscritto/a (*Cognome e Nome*) _____ ,
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____
anni compiuti (espressi a numero) _____, residente a _____ (__) alla via
_____ n. civico ____ *domiciliato/a a* _____ (__), *in via* _____ n. ____ ,
Codice Fiscale _____ n. telefono ____/ _____ cell. di un
parente/familiare _____ e-mail di un parente/familiare _____,

CHIEDE

- per se stesso
- per il tramite di _____
grado di parentela _____ recapito telefonico _____

l'ammissione al servizio disciplinato dall'avviso pubblicato dal Comune di Modugno (Ente capofila d'Ambito) nello specifico richiede di poter usufruire del/dei seguente/i servizio/i di assistenza domiciliare (**barrare una o più voci tra le seguenti**):

- S.A.D.** (Servizio di Assistenza Domiciliare con operatore domiciliare professionalmente qualificato e per almeno un'ora settimanale);
- Prestazioni complementari** promosse dal soggetto aggiudicatario dell'appalto di che trattasi.
- La rete di volontariato** individuata dall'operatore economico gestore del servizio e/o dall'Ufficio di Piano supportano gli utenti presi in carico per attività non complesse e sempre relative all'assistenza domiciliare.
- Assistenza domiciliare erogata da soggetti privati iscritti a catalogo regionale relativamente alla misura "buoni servizio di conciliazione per anziani e disabili"** A tal fine si autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati personali ai sensi dell' art. 6, comma 1, lettera e) del Reg. UE 679/2016 e alla condivisione dei dati anagrafici e contatti telefonici finalizzati alla presa in carico da parte dei predetti operatori economici privati e quindi all'aumento delle ore di assistenza domiciliare.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale, quanto segue:

- Ho preso visione e approvo in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'avviso pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto**, m'impegno a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un parente: l'eventuale ricovero in ospedale, istituto di riabilitazione o struttura residenziale e/o eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità del servizio richiesto.
- Sono consapevole che il servizio ha durata di massimo un anno a partire dalla data di attivazione dello stesso, la durata massima e le ore attribuite sono decise insindacabilmente da una commissione giudicatrice tecnica composta da assistenti sociali e che il servizio potrà interrompersi**

anticipatamente per mancata erogazione della quota di compartecipazione per più di n.2 mensilità o per violazione del patto di collaborazione.

(per chi già beneficiario del servizio) Di essere in regola con il pagamento della quota di compartecipazione relativamente al servizio erogato e attivato a seguito del precedente avviso pubblico;

Autocertifico il nucleo familiare convivente:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

A) Condizioni familiari (barrare massimo una casella) :

- anziano che vive **solo e senza figli** maggiorenni non disabili = 10 punti;
- compresenza **più soggetti affetti da patologie di carattere psichiatrico (attestato da certificazione medica)** 5 punti per ogni soggetto nel nucleo affetto da predetta patologia = punti _____
- anziano che vive **solo e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 9 punti;
- anziano **con coniuge e senza figli** maggiorenni non disabili = 8 punti;
- disabile che vive con genitori entrambi pensionati o altri componenti affetti da patologia invalidante** = 8 punti;
- disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale** (attestato dall'assistente sociale) = 8 punti;
- anziano **con coniuge di età compresa dai 65 a 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 6 punti;
- anziano **con coniuge oltre gli 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** o senza figli = 8 punti;
- anziano che vive **solo con figli** maggiorenni non disabili **nel comune di residenza** = 4 punti;
- anziano con coniuge e con figli maggiorenni non disabili nel comune di residenza = 2 punti

B) che il valore ISEE Sociosanitario **del nucleo familiare convivente/estratto**, in corso di validità temporale (che si allega) è pari ad Euro _____,00; (con esclusione se superiore a € 28.000)

C) di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente alla PUA/PIT, per iscritto, ogni variazione relative alle condizione di salute del beneficiario;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

- Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che sarà tenuto a partecipare alla spesa del servizio come stabilito dall'avviso pubblico;

Allega, a pena di esclusione della presente istanza:

- attestato ISEE del nucleo familiare o ristretto in corso di validità;
- fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Allega ai fini dell'attribuzione del punteggio e consapevole che in caso di mancata presentazione della presente documentazione non si potranno attribuire i punteggi previsti:

- Verbale della Commissione Sanitaria (invalidità civile, L. n. 104/1992);
- Certificato medico rilasciato dal MMG (medico di famiglia) secondo lo schema tipo presente presso la PUA/PIT e attestante l'indice di *Barthel* - Certificati medici attestanti patologie psichiatriche;
- Attestato dell'assistente sociale in cui si evinca che l'aspirante beneficiario è un disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale

(Data e Firma) _____

La sig.ra / il sig. _____

Informativa sul Trattamento dei dati personali – ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile cittadino,

con la presente nota intendiamo informarla in merito alle finalità e alle modalità di trattamento dei dati personali connessi alle procedure di attivazione di un servizio la cui stazione appaltante è il Comune di Modugno. Il trattamento dei dati personali nelle procedure di iscrizione ad un servizio a domanda individuale rientra nelle previsioni di svolgimento dei compiti di pubblica utilità demandati al Comune (art. 6, comma 1, lettera e) del Reg. UE 679/2016, così come previsti dalle norme attualmente in vigore.

Le finalità perseguite nel fornire i suddetti servizi sono individuate nell'avviso pubblico come segue:

ASSISTENZA AD ANZIANI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI O PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

I dati personali raccolti, potranno essere comunicati a soggetti terzi esclusivamente al fine di assicurare che il servizio reso sia conforme alle necessità di cura e benessere ed ai diritti dei beneficiari a particolari servizi ivi compreso il potenziamento del servizio stesso.

I dati personali saranno trattati per l'intera durata della fornitura del servizio e, in assenza di controversie giudiziarie, saranno oggetto di cancellazione trascorsi due anni dal termine dello stesso. Nel caso dovessero instaurarsi controversie legali i dati personali saranno oggetto di trasmissione al Servizio di Avvocatura comunale e saranno trattati ai fini della difesa dell'Ente. I dati personali utilizzati nel presente procedimento d'individuazione di aspiranti beneficiari saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti dal Regolamento UE n. 679/2016, nonché dal Decreto Legislativo 196/2003 e, in ogni caso, in conformità alla disciplina legale vigente al momento del trattamento dei dati. La informiamo inoltre che:

- il trattamento dei dati raccolti è necessario a garantire lo svolgimento del servizio in conformità alle prescrizioni di legge.

Il servizio come sopra individuato, in quanto erogato nello svolgimento di compiti di interesse pubblico, prescinde, in ogni caso dal consenso dell'interessato; in questa prospettiva, laddove Lei ritenesse di non voler comunicare i dati richiesti, può ritirare il consenso od opporsi al loro trattamento, così come nel caso ne richieda la cancellazione non sarà possibile erogare il servizio;

- gli Incaricati del Trattamento sono impiegati e funzionari comunali (con profilo tecnico o amministrativo) e personale professionalmente competente alla dipendenza di ditte terze ma addetti alle procedure necessarie all'erogazione del servizio;

- i Suoi dati non saranno "Comunicati" ad ulteriori soggetti terzi fatti salvi specifici obblighi normativi o sue precise disposizioni.

In qualsiasi momento rivolgendosi al Titolare del Trattamento dei dati, Lei potrà:

- avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e delle norme italiane che ne coordinano l'applicazione;
- richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e delle norme italiane che ne coordinano l'applicazione;
- revocare il proprio consenso al trattamento dei dati, evenienza che comporterà l'impossibilità di continuare ad erogare il servizio;
- esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano o che riguardano il minore (limitazione);
- opporsi al trattamento, indicandone il motivo;
- chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento presso il Comune di Modugno, circostanza che comporterà l'immediata sospensione del servizio;
- presentare reclamo avverso al trattamento disposto dal Comune di Modugno presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Non è applicabile al presente Trattamento l'istituto della portabilità dei dati previsto dall'art. 20 del Reg. UE n. 679/2016. Il Titolare del Trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di MODUGNO, con sede in Piazza del Popolo n. 16, a Modugno, rappresentato dal Sindaco *pro tempore* dott. Nicola Magrone.

Per ogni informazione **relativa al trattamento dei dati personali** oltre al Responsabile del Procedimento indicato nell'avviso pubblico può rivolgersi ai seguenti recapiti mail:

PEC: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Il Responsabile della Protezione Dati è il dott. Carlo Addabbo, giusta Determinazione n. 578/2018 (Reg. Gen.), Pec: dpo.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Per accettazione al trattamento dei dati personali ai sensi di legge:

(Data e Firma) _____

La sig.ra / il sig. _____