**All’ Ufficio di Piano del Distretto RI/4**

**c/o Comunità Salto Cicolano**

**DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

**Co-housing Sociale – Weekend in coabitazione**

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

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

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE, SE DI VERSO DAL BENEFICIARIO** (*genitore,figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc)*

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

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter accedere ad un progetto di vita indipendente inteso come partecipazione alla Sperimentazione di Co-housing sociale – Weekend in coabitazione.**

a tale scopo **dichiara**:

 di avere età compresa tra i **18 ed i 64 anni** ;

 di essere in possesso di certificazione di gravità ai sensi dell’art. 3 c. 3 legge 104/92

 di essere **residente in uno dei Comuni del Distretto RI/4;**

 di essere in possesso dell’**ISEE per prestazioni sociosanitarie di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;

 di essere in possesso di invalidità civile pari a |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| %

 di percepire indennità di accompagnamento SI [ ] NO [ ]

 Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I° COMPONENTE | II° COMPONENTE | III° COMPONENTE | IV° COMPONENTE | V° COMPONENTE |
| COGNOME/NOME |  |  |  |  |  |
| RELAZIONE DI PARENTELA |  |  |  |  |  |
| LUOGO DI NASCITA |  |  |  |  |  |
| DATA DI NASCITA |  |  |  |  |  |
| ATTIVITA’ |  |  |  |  |  |

 Che la propria rete familiare non convivente è costituita come di seguito specificato:

1. Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_

relazione di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_

relazione di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_

relazione di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di essere a conoscenza che il Progetto Sperimentale, di cui sarà destinatario, sarà stabilito nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) approvato dalla Commissione Multidisciplinare (UMVD), condiviso e sottoscritto dall’utente;

 di essere informato che la sperimentazione dei Progetti di Vita Indipendente a cui si richiede di partecipare è volta ad incrementare l’ autonomia del beneficiario, attraverso le seguenti azioni:

* Vivere dei fine settimana in coabitazione, con il supporto di assistenti personali, educatori ed uno psicologo ;
* Partecipare ad attività associative, ricreative, ludiche;
* Partecipare ad attività finalizzate alla valutazione e al rafforzamento delle abilità occupazionali attraverso laboratori di cucina, teatro, giardinaggio e orto ;
* Partecipare a percorsi di sensibilizzazione, formazione e tutoraggio anche a favore delle famiglie

.

 di essere informato che i criteri di selezione dei beneficiari, ai sensi delle linee guida ministeriali, tengono conto di:

* + - Limitazione dell’autonomia
		- Condizione familiare
		- Condizione abitativa e ambientale
		- Condizione economica
		- Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione all’isolamento

 Di essere a conoscenza che l’intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo;

**Allega alla presente**:

 copia della certificazione di invalidità

copia della certificazione di gravità ai sensi dell’art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

attestazione **ISEE**

dichiarazione relativa alla fruizione di altri servizi e/o contributi erogati da istituzioni pubbliche.

***Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell’art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.***

***Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.***

***Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all’applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.***

**Informativa ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 196 del 2003**

*I dati forniti dall'interessato (dati anagrafici, situazione familiare, abitativa, sociale, economica e lavorativa), comprese categorie particolari di dati personali (ad es. stato di invalidità o non autosufficienza, percepimento di indennità o pensioni a causa della minorazione) verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale (nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dal regolamento UE in materia di protezione dei dati personali ed attraverso procedure adeguate a garantire a riservatezza degli stessi), esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali dell’ente nella misura necessaria e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003.*

*Ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera e) del regolamento (UE) 2016/679 e art. 13 comma 1 lettera d), i dati personali possono venire a conoscenza del titolare, dei responsabili del trattamento e degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati nella misura necessaria per adempiere a un obbligo legale e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento stesso, a soggetti operanti nell’amministrazione del servizio e in genere, a tutti quegli enti gestori di servizi, cui la comunicazione sia necessaria ai fini istituzionali nonché ai soggetti che siano titolari del diritto di accesso. In particolare, i soli dati anagrafici e quelli relativi alla percezione di prestazioni sociali possono essere resi accessibili ad altri enti gestori dei servizi sociali esclusivamente per l’adempimento di obblighi previsti per legge .*

*Inoltre in base al regolamento (UE) 2016/679 l'interessato ha i seguenti diritti: ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali, l'estrapolazione ed informazioni in forma intelligibile su di essi, la trasformazione dei dati in forma anonima, revocare in ogni momento il suo consenso al trattamento dei suoi dati (senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca), conoscere l’origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici, chiedere la rettifica, l’integrazione o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, proporre reclamo a un'autorità di controllo.*

*I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.*

*Il titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera a) del regolamento (UE) 2016/679 è la Comunità Montana Salto Cicolana, nella figura del legale rappresentante pro tempore.*

*Dati di contatto: Comunità Montana Salto Cicolano Via del lago 12 – Fiumata (RI) PEC saltocicolano@pec.it*

*II Responsabile che evade i reclami presentati ai sensi del regolamento UE 2016/679 è:*

*Dott.ssa Silvia Ridolfi Responsabile Area Amministrativa e Funzione Associata Servizi Sociali.*

*Il Responsabile della protezione dei dati è:*

*Società Webizup –Viale della Tecnica, 225 Roma – PEC webizup@pec.com.*

 ***FIRMA***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

 ***(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)***