



Si impegna a comunicare nel termine di 15 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).

Dichiara di essere consapevole che la documentazione allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (del nucleo familiare dell'anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento dell'anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest'ultimo;
- copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento;
- Allegato A1-Modalità di pagamento per Anziano Beneficiario – Familiare **OPPURE** Allegato A2- Modalità di pagamento per Amministratore di sostegno o Tutore- con decreto del Giudice Tutelare;
- codice IBAN intestato all'anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso.

Allega inoltre, nel caso in cui la cura dell'anziano sia svolta da un'assistente familiare:

- documento di identità dell'assistente familiare;
- copia del regolare contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare/colf, ultimo versamento effettuato all'INPS;
- Allegato B – Dichiarazione di iscrizione al registro assistenti familiari presso il CIOF

Luogo e data _____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE



INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii)

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 -"Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato "Codice") e del Regolamento U.E. n.679/2016 ("GDPR"), L'Unione Montana del Catria e Nerone, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Unione Montana del Catria e Nerone

Sede operativa via G. Lapis n. 8 – 61043 Cagli (PU)

Email: cm.cagli@provincia.ps.it

PEC: cm.cagli@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: avv. Giangiacoimo Giuseppe via Ignazio Silone 4/E – 66054 Vasto (CH)

Tel. 0873/69719 o 0873/370910

e-mail: giuseppangiacoimo@gmail.com PEC: giuseppe.giangiacoimo@pec.ordineavvocativasto.it

FINALITA' DEL TRATTAMENTO: I dati personali saranno trattati per le finalità istituzionali connesse al conferimento di assegni di cura, di cui alla D.G.R.M. 1138/2019, rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte dei familiari, anche non conviventi, o da parte di assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro. I dati conferiti saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse al procedimento.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire i dati preclude l'accoglimento della domanda.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO: il trattamento dei dati personali è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6 par. 1 lett. e) GDPR).

I dati appartenenti a categorie particolari (es. dati relativi allo stato di salute) sono trattati per motivi di interesse pubblico rilevante (artt. 9 par. 2 lett. g) GDPR e art. 2 -sexies co.2 lett. s) d.lgs. 196/03). Normativa di riferimento: L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"- L.R. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia" Delibera Giunta Regione Marche n° 1138/2019

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI E AMBITO DI COMUNICAZIONE: In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio/intervento richiesto. Vengono quindi adottate tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare problemi di accesso non autorizzato, divulgazione, modifica o distruzione.

Per il perseguimento delle suddette finalità di trattamento i dati saranno trattati dai soggetti espressamente autorizzati dal titolare del trattamento. In particolare sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, per esigenze organizzative, ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale Sociale 3 che ricevono ed istruiscono le istanze.

Laddove si configurino comunicazioni obbligatorie di dati personali o le stesse siano necessarie in conseguenza della istanza o del servizio richiesto dal cittadino, i dati trattati potranno essere oggetto di comunicazione o trasferimento agli altri enti pubblici rispettando gli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti.

In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo.

I dati verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattati.

Per il perseguimento delle suddette finalità di trattamento il titolare del trattamento potrebbe avvalersi di soggetti terzi nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR.

I dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati saranno conservati per tutto il periodo necessario all'espletamento delle funzioni istituzionali relative al presente procedimento e successivamente saranno conservati nel rispetto delle previsioni di legge in materia.

DIRITTI DELL'INTERESSATO: Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e ss. del GDPR ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione del trattamento, l'aggiornamento, se incompleti o erronei, e la cancellazione se ne sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento. Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare (cm.cagli@provincia.ps.it) oppure al Responsabile della protezione dei dati (DPO-RPD) al seguente indirizzo mail: giuseppangiacoimo@gmail.com. L'interessato potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.

La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella *home page* del sito web istituzionale.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Cagli li,.....

Firma



ALLEGATO A1 - MODALITA' DI PAGAMENTO
Anziano beneficiario - Familiare

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ () il _____
in qualità di _____

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuato a:

me medesimo

mediante:

Conto Corrente postale intestato a me medesimo o cointestato (no libretto)

IBAN | | | . | | | . | | . | | | | | | . | | | | | | . | | | | | | | | | | | | | | |

Conto Corrente bancario intestato a me medesimo o cointestato

IBAN | | | . | | | . | | . | | | | | | . | | | | | | . | | | | | | | | | | | | | | |

Banca _____ Agenzia di _____

Rimessa diretta (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

ovvero

al Sig. _____,

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

mediante: RIMESSA DIRETTA (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

Luogo e data _____ / _____ / _____

**IL BENEFICIARIO o IL
FAMILIARE**

(firma leggibile)

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.



Luogo e data _____

Il Richiedente _____
(firma leggibile)