(Allegato A)

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI PROGETTI EDUCATIVO SOCIALIZZANTI
RIVOLTI A MINORI CON DISABILITA'

Misura B2 - Anno 2022

Riservato al COMUNE
Prot. n.
del .....

Al **COMUNE** di
_____
Ufficio Servizi Sociali

All'**Azienda Speciale Consortile Garda Sociale**

_l__ sottoscritt _____ nat__

il_____ a_____ **(allegare copia Carta di Identità e Codice Fiscale)**

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente in _____ via/piazza _____

tel. / cell. _____ relazione di parentela con l'assistita/o_____

CHIEDE

l'attivazione del progetto in favore di _____ (**allegare copia Carta Identità e Codice Fiscale**)

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a. di essere residente nel Comune di _____
b. di essere in possesso di reddito ISEE in corso di validità pari ad € _____
c. che il minore è in possesso di certificazione di non autosufficienza e/o disabilità grave:
   ☐ invalidità al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento;
   ☐ disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92.
d. che il nucleo famigliare è composto da (indicare i componenti escluso il beneficiario):

RELAZIONE DI PARENTELA	COGNOME E NOME	ETA'	PROFESSIONE

e. che il minore ha beneficiato del voucher nell'anno 2021
   ☐ SI ☐ NO

f. che il minore frequenta una unità di offerta semiresidenziali socio-sanitaria o sociale:

☐ SI (indicare nome e luogo) _____

☐ NO

g. di impegnarsi a comunicare tempestivamente, eventuali altri motivi che determinino il venire meno del diritto di concessione del voucher.

h. di essere a conoscenza che l'assegnazione del presente titolo esclude la possibilità di poter usufruire di analoghe provvidenze.

Data _____ *Firma* _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL Reg. U E 2016/679

In relazione ai dati personali (riferiti a "persona fisica") trattati da parte dell'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale ai sensi degli artt.13-14 del Reg. U E 2016/679 si informa che:

- titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò in piazza Carmine n. 4, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore generale – dato di contatto direzione.amministrativa@gardasociale.it
- il dato di contatto del responsabile della protezione dei dati coordinamento@gardasociale.it
- l'Azienda si può avvalere, per il trattamento dei dati, di soggetti terzi (individuati quali responsabili del trattamento) sulla base di un contratto od altro atto giuridico
- i dati personali sono trattati per le finalità istituzionali assegnate all' l'Azienda ed il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri; gli uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l'avvio e la conclusione della procedura di cui al presente avviso
- il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale sia con strumenti elettronici/informatici
- il trattamento viene svolto in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà ivi previsti in capo agli enti pubblici
- sono trattati i dati indicati nelle linee guida
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l'adozione di decisioni sulle persone
- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti e/o per l'espletamento di procedure finalizzate alla rendicontazione del presente avviso
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione
- il mancato conferimento dei dati all'Azienda possono comportare l'impossibilità alla partecipazione al bando/avviso
- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi
- gli interessati (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto all'accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.

Per il Comune di residenza il/la responsabile designato/a dall'ente è il/la sig./ra _____.

Data_____ Firma _____

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi degli artt. degli artt.13-14 del Reg. U E 2016/679 , _l_ sottoscritt _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data_____ Firma _____

Data _____ *Il/La funzionario/a* _____

(Allegato A)

ANAGRAFICA	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso F M Residente a _____ Via _____ Tel. _____
VOUCHER EDUCATIVO MINORI	**1. ORDINARIO** ❁ **n. ore**_____ (max 14) **x n. mesi** _____ **2. INTENSIVO ESTIVO** ❁ **n. ore** _____ (max 30) **mese di LUGLIO** ❁ **n. ore** _____ (max 30) **mese di AGOSTO**
DURATA	INTERVENTO data di inizio _____ data termine _____ **ORDINARIO n. ore _____x € 22 + iva n. mesi _____ = TOTALE € _____** **INTENSIVO ESTIVO n. ore _____x € 22 +iva n. mesi _____ = TOTALE € _____** **TOTALE COMPLESSIVO € _____**
BREVE DESCRIZIONE DELLINTERVENTO OBIETTIVI, AZIONI, STRUMENTI E VERIFICHE	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
ENTE GESTORE PROGETTO	La/Il richiedente o suo tutore visto e sottoscritto il progetto individualizzato concordato con l'assistente sociale del Comune di residenza, per la realizzazione dell' intervento mediante l'ente gestore (**specificare Cooperativa/Consorzio/Azienda, ecc.):** _____ **Firma del/della richiedente e/o tutore** _____

NOTE: _____

L'UFFICIO DI PIANO in data_____ AUTORIZZA l'attivazione del presente progetto con decorrenza dal _____ e incarica l'Azienda speciale consortile Garda Sociale per la gestione operativa del procedimento.

VISTO e APPROVATO _____