

**Al Responsabile dei
Servizi Sociali
del COMUNE DI GONNOSCODINA**

Il/la sottoscritt_ _____ Nat_a _____

Prov (_____) il _____ Residente a Gonnoscodina

in via _____ Recapito telefonico _____,

email _____

In qualità di :

- ☐ diretto interessato;
- ☐ genitore;
- ☐ familiare delegato;
- ☐ esercente la tutela o patria potestà;
- ☐ amministratore di sostegno;

CHIEDE

La predisposizione di un nuovo piano personalizzato ai sensi della Legge n° 162/1998

- ☐ in suo favore;
- ☐ in favore del sig. /sig.ra / minore

Nome e Cognome _____

Nat_ a _____ Prov (_____) il _____

Residente a Gonnoscodina (OR) in via _____

n° _____ Codice Fiscale / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Recapito telefonico _____

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) **CONSAPEVOLE** delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

☐ di essere materialmente in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 – riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità (allegare)

☐ che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età, **SI** ☐ **NO** ☐;

☐ che nessun familiare convivente del destinatario del piano ha usufruito nel 2024 di permessi ai sensi della L. 104/92 in favore dello stesso.

OPPURE

☐ che uno o più familiari convivente del destinatario del piano hanno usufruito nel 2023 di permessi ai sensi della L. 104/92 in favore dello stesso;

<u>DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE alla DOMANDA:</u>
--

- Copia certificazione dello stato di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/1992;
- Scheda Salute (Allegato B) compilata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante gli emolumenti percepiti e non soggetti a IRPEF (modulo D);
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, ai sensi dell'art.6 del DPCM 159/2013;
- Fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) e Codice fiscale del destinatario del piano e del richiedente;
- Eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno rilasciato dal competente Tribunale.

Gonnoscodina, lì

(La firma deve essere apposta in maniera chiara e leggibile)

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di GONNOSCODINA, con sede in Gonnoscodina, Via Municipio n. 12, email: protocollo@comune.gonnoscodina.or.it, pec: protocollo@pec.comune.gonnoscodina.or.it, tel: 078392000, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica e lettera di invito, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'affidamento del servizio di che trattasi.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Titolare: il Titolare del trattamento dei dati, ai sensi della Legge, è il Comune di Gonnoscodina (sede: Via Municipio,12 – 09090 Gonnoscodina) indirizzo email: protocollo@comune.gonnoscodina.or.it; telefono: 0783 92000, nella persona del Sindaco quale suo legale rappresentante pro tempore.

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è:

LIGURIA DIGITALE S.P.A. – Ing. Maurizio Pastore (e-mail: rdp@comune.gonnoscodina.oristano.it – tel. 010-65451 – fax: 010-6545422.

Lei ha diritto di ottenere dal Responsabile la cancellazione (diritto all'oblio), la limitazione, l'aggiornamento, la rettificazione, la portabilità, l'opposizione al trattamento dei dati personali che La riguardano, nonché in generale può esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del GDPR.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 GDPR in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso e leggibile)