

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____Vedi note**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data

Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

DICHIARA**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (barrare) **(SI)** **(NO)**

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (barrare) **(SI)** **(NO)**

- diagnosi principale

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone di cui con disabilità

QUADRO D

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(barrare) **(NO)**

(SI) a far data dal

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- ☐ supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- ☐ formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- ☐ sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- ☐ sostegno al ruolo genitoriale;
- ☐ percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- ☐ accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- ☐ sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- ☐ accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero.

(E' possibile barrare uno o più obiettivi)

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio:

Specificare nome e sede attività

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo

(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile
- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
Spese affitto(indicare importo mensile)
Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto
Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile
- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
Spese affitto(indicare importo mensile)
Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto
Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- ☐ Assistente personale/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile

- ☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
 Spese affitto(indicare importo mensile)
 Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
 Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)
- ☐ Trasporto
 Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale o di altra figura professionale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- ☐ contributo per progetto vita indipendente a valere sul Fondo Sociale Europeo
☐ contributo disabilità gravissime
☐ contributo SLA
☐ contributo Home Care Premium
☐ altro contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
☐ altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale:

(SI) (NO) (barrare)

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:

Alla presente domanda, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |__|__| allegati

Tipologia _____

DICHIARA INFINE

QUADRO I - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale:

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Estremi del provvedimento di nomina (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

OPPURE

QUADRO L - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE ¹

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

Informazioni sul trattamento dei dati personali forniti ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD)

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono raccolti e trattati dall'Azienda Usl Toscana Sud Est, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e dal D.Lgs. n.196/2003 per finalità istituzionali, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, inerenti l'espletamento della procedura oggetto dell'Avviso Pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione all'intervento a valere sul Fondo non autosufficienza 2022-2024 di cui alla DGRT n.759/2023, Decreto Dirigenziale n.15612/2023, DGRT n.753/2024 e Decreto Dirigenziale n.23030/2024 denominato "Indipendenza e Autonomia – InAut", nonché ai fini dell'erogazione dei contributi assegnati, comprese tutte le attività strumentali connesse (es. attività di controllo, liquidazione, rendicontazione, etc.). Le basi giuridiche del trattamento sono da individuarsi nell'art. 6 paragrafo 1 lett. e) e per le "categorie particolari di dati" nell'art. 9 paragrafo 2 lett. g) del RGPD e nell'art. 2 sexies, comma 2, lett. m) del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. Il conferimento dei dati personali è necessario ai fini della valutazione della domanda e della verifica dei requisiti degli aspiranti beneficiari dei contributi, pena l'impossibilità di proseguire le attività procedurali. Il trattamento avviene in modo lecito, corretto e trasparente, limitato a quanto necessario rispetto alle finalità e si svolge anche con modalità informatizzate. I dati possono essere comunicati a soggetti terzi unicamente per l'adempimento di disposizioni di legge o di regolamento.

I dati non saranno diffusi. Non è previsto il loro trasferimento al di fuori dell'Unione Europea, né la loro diffusione se non nei casi previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 o in altre disposizioni specifiche di legge. I dati raccolti sono conservati per un arco di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per cui sono trattati, salvi specifici obblighi di legge e comunque in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Gli interessati potranno esercitare, ove applicabili, i diritti di cui agli artt. 15 e ss. RGPD, mediante istanza al Titolare del trattamento secondo le modalità della Policy aziendale:

www.uslsudest.toscana.it/images/azienda/privacy/documentazione/POLICY_Esercizio-diritti-interessato.pdf.

Ricorrendone i presupposti, potranno presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le procedure previste (art.77 RGPD) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 RGPD).

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL Toscana Sud Est.

Preposto aziendale al trattamento è il Direttore della Zona Distretto Valdichiana Aretina. I restanti soggetti aziendali che a vario titolo intervengono nei processi gestionali e tecnico-amministrativi, sono autorizzati al trattamento per lo specifico ambito di competenza e adeguatamente istruiti in tal senso. Nel caso di soggetti esterni l'Azienda provvede alla loro nomina quali Responsabili del trattamento ex art. 28 RGPD.

Dati di contatto Titolare del trattamento dei dati:

Azienda Usl Toscana Sud Est, sede legale in via Piero Calamadre, 173, 52100, Arezzo. Rappresentante Legale: Direttore Generale tel. 0575/254102, PEC austoscanasudest@postacert.toscana.it

Responsabile per la protezione dei dati personali, tel. 0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

Autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it, e-mail: garante@gpdp.it

ATTESTAZIONE PER PRESA VISIONE

Il sottoscritto _____ o il suo Rappresentante Legale _____

DICHIARA

di aver letto e compreso le informazioni fornite ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 2016/679.

Data _____ FIRMA _____