

**ALLEGATO B**

**AL COORDINATORE DELL’ENTE CAPOFILA DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.\_\_\_**

**DI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **DGR n. 802/2024**  **Fondo CAREGIVER FAMILIARE**  **Domanda contributo**  **Dichiarazione sostitutiva**  **(art. 46, 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)** |

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................

nato/a a ……….…………..…………….. il ……………….….residente a ………….…………………...…

in via ………….…………………….………………………… n. …………. Cap ……….………………….

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...

Tel. …………………Cell. …………………..………email:…………………………………………………..

PEC……………………………………………………………………………………………………………..

*PRESA visione della DGR n. 802 del 27/05/2024 recante: “Decreto del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 30/11/2023 “Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per l’anno 2023”. Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriale Sociali e delle modalità attuative dell’intervento”.*

**VISTO** l’Avviso dell’Ambito Territoriale Sociale relativo all’intervento a favore del caregiver familiare

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

□ di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_

□ che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l’Azienda Sanitaria Territoriale - AST di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’ambito dell’intervento “Disabilità gravissima” sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze - FNA;

□ che la persona assistita non beneficia del contributo per gli interventi: “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l’incremento del contributo alle famiglie per l’assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”, “familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019”; “Assegno di cura” rivolto agli anziani non autosufficienti, Vita Indipendente.

□ che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda;

**CHIEDE**

Di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della DGR n. 802 del 27/05/2024.

Si allegano alla presente:

* ISEE (DSU) del sottoscritto;
* copia di un documento d’identità valido del sottoscrittore;
* copia codice IBAN di conto corrente (bancario o carta prepagata) (*non sarà possibile procedere con l’erogazione del contributo ai soggetti titolari di conto corrente postale associato a libretto).*

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/a,

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1) TITOLARE TRATTAMENTO: Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5 per l’intera banca dati, i Comuni dell’ATS 5 per la banca dati dei cittadini residenti, nell’ambito delle rispettive competenze;

2) RESPONSABILE: Coordinatore dell’ATS 5, per la banca dati di tutto l’ATS 5 e i Responsabili dei Servizi Politiche Sociali dei Comuni;

3) RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO): Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo LEX&CO. SRL, Via E. Montale, 12, 61028 - Sassocorvaro Auditore (PU), p.e.c.[dpo.lexeco@mypec.eu](mailto:dpo.lexeco@mypec.eu)\*

4) FINALITA’: I dati da Lei forniti con la compilazione della presente domanda verranno trattati per gestire il procedimento amministrativo finalizzato all’accesso ai benefici di cui alla DGR 802/2024 “Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare.

5) BASE GIURIDICA: Il conferimento dei suoi dati personali è necessario per la gestione della domanda di ammissione ai benefici di cui alla l.r.18/96. La domanda contempla anche la raccolta di dati appartenenti a categorie particolari (es. dati relativi alla salute). Il loro trattamento si rende necessario per motivi di interesse pubblico rilevante, quale è l’attività socio-assistenziali a tutela di soggetti non autosufficienti e incapaci (art.2 sexies D.lgs.196/03), pertanto non verrà richiesto il suo consenso al trattamento.

6) NATURA CONFERIMENTO DATI: Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla DGR 802/2024 “Fondo Nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di accesso al beneficio.

7) MODALITA’: I dati saranno trattati prevalentemente con strumenti informatici al fine di memorizzare, gestire, trasmettere i dati stessi nell’ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi, anche in conformità alla legge ed ai provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali.

8) AMBITO COMUNICAZIONE: I dati verranno comunicati al personale dell’Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5, espressamente e specificamente designati in qualità di autorizzati ed appositamente istruiti. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che sono coinvolti nel PAI.

9)PERIODO/CRITERI DI CONSERVAZIONE:I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione

10)DIRITTI: Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento, nei limiti ed alle condizioni previste dalla normativa in materia di protezione dati personali riguardo l'esercizio dei diritti degli Interessati e per quanto concerne i trattamenti oggetto della presente Informativa, l’accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda, la portabilità o di opporsi al trattamento.

L’apposita istanza all’Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5 è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati LEX&CO. SRL, Via E. Montale, 12, 61028 - Sassocorvaro Auditore (PU), p.e.c.[dpo.lexeco@mypec.eu](mailto:dpo.lexeco@mypec.eu)\*(specificando nell’oggetto “Privacy”).

11)DIRITTO DI RECLAMO: Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

**Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8**

|  |  |
| --- | --- |
| AMMINISTRAZIONE COMPETENTE | Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5 per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi |
| OGGETTO DEL PROCEDIMENTO | CONTRIBUTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI UTENTI IN POSSESSO DEL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ GRAVISSIMA ATTESTATA DALLA COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE Decreto del 30/11/2023 del Ministro per le Disabilità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, DGR n.802/2024 – DDS 88/2024 |
| RESPONSABILE PROCEDIMENTO | Resp. del servizio sociale dell’Unione Montana del Montefeltro - Coordinatore dell’ATS. |
| INIZIO E TERMINE DEL PROCEDIMENTO | L’avvio del procedimento decorre dalla data di scadenza dell’avviso; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 60 giorni |
| INERZIA DELL’AMMINISTRAZIONE | Decorsi i termini sopraindicati, l’interessato potrà attivarsi ai sensi dell’art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall’amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricordo al TAR nei termini di legge. |
| UFFICIO IN CUI SI PUO’ PRENDERE VISIONE DEGLI ATTI | Ufficio dell’ATS 5negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L.241/1990 come modificata dalla L. 15/05 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dall’Unione Montana del Montefeltro. |