



**MODULO RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DI DISABILI GRAVI E ANZIANI  
NON AUTOSUFFICIENTI – residenti nei Comuni dell’Ambito di Lodi  
in applicazione della D.G.R. N. 4138/2020 e del DD N. 925 del 29/01/2021 (Misura B2)**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

In qualità di:

diretto interessato

familiare di riferimento di:

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

**RICHIESTE**

L’attivazione delle prestazioni a favore di disabili gravi e anziani non autosufficienti **D.G.R. N. 4138/2020 e DD N. 925 del 29/01/2021 (Misura B2)**

A tal fine dichiara:

di essere Invalido Civile al 100 % e:

di avere diritto all’indennità di accompagnamento

di essere stato riconosciuto “Disabile Grave” ai sensi della Legge 104/92

di avere un ISEE sociosanitario pari a € \_\_\_\_\_

di avere un ISEE ordinario pari a € \_\_\_\_\_

Dichiara di accettare la valutazione multidimensionale, che potrà essere svolta in modalità telematica e/o con le modalità consentite a livello nazionale e regionale, a seguito della quale sarà steso il progetto individuale.

Dichiara di essere consapevole che, secondo quanto previsto da Regione Lombardia, eventuali contributi verranno erogati dopo la pubblicazione delle graduatorie relative al beneficio richiesto.

## INTERVENTI ATTIVABILI

### **Buoni Sociali**

- O per valorizzazione care giver
- O per assistente familiare
- O per vita indipendente disabili gravi

### **Voucher interventi psico educativi, ricreativi, extrascolastici e per il tempo libero**

- O frequenza Laboratori Psico-Educativi (max 40 accessi/anno)

### **Voucher per interventi educativi mirati alla socializzazione di minori disabili**

- O voucher interventi educativi socializzanti

### **Voucher per educatore presso Centri Estivi Diurni**

- O assistenza individuale

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili.**

Il trattamento dei dati personali, particolari (ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è unicamente l'esame delle istanze inerenti la domanda per le prestazioni della Misura B2 prevista dalla **D.G.R. N. 4138/2020** e dal **DD N. 925 del 29/01/2021 (Misura B2)** che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

I dati verranno trattati nel rispetto della suddetta normativa europea esclusivamente per la predetta finalità.

Nell'ambito dell'esame delle istanze i Comuni dell'Ambito di Lodi e l'Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla Persona in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi, si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria dell'istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza del richiedente.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla Persona in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 dell'Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla Persona in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari per la suddetta finalità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di residenza nella fase di inserimento della domanda nel Sistema Informativo Zonale, dall'Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla Persona e dall'ASST di Lodi nella fase di valutazione e redazione del progetto personalizzato e dall'ATS Milano Città Metropolitana nella fase di rendicontazione economica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

Non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto \_\_\_\_\_

- amministratore di sostegno
- tutore

Acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

D.P.R. n° 445/2000 art. 4, comma 2 MODELLO 1

La dichiarazione nell' interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (7).

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) Del Sig./ra

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

attesta l'impedimento del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda di contributo, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_