

**DICHIARAZIONE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI
SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME
(Art. 3 del DM 26/09/2016)**

Il sottoscritto/a _____ residente a _____
Via _____ telefono
n. _____
E mail _____
documento di identità _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
In qualità di _____ del Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____

valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28.12.200, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. sopracitato per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata, presa visione dell'informativa di cui all'art.13 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Reg. UE 2016/679, apposta in calce al presente modulo

DICHIARA

che il sopracitato congiunto Sig./ra _____

sulla base della documentazione in possesso

rientra in una delle seguenti categorie (barrare la voce corrispondente):

- A - Soggetto beneficiario dell'indennità di accompagnamento
- B - Cieco civile assoluto
- C - Inabile con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (INPS)
- D - Invalido sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica (INAIL)
- E -Invalido con diritto all'assegno di guerra (GUERRA)

NON RIENTRA IN NESSUNA CATEGORIA SOPRACITATA

Il richiedente si impegna, qualora sussista una delle condizioni sopra segnalate (dalla A alla E), al fine di poter procedere alla valutazione multidimensionale definita dalla normativa vigente, a consegnare alla Commissione UVG la certificazione attestante il possesso del requisito e la sua effettività (es: ultimo verbale di invalidità ecc.).

Dichiara, inoltre, di impegnarsi a produrre eventuale nuova certificazione/documentazione attestante la modifica/cessazione del requisito dichiarato di cui all'elenco soprariportato, appena in possesso e non oltre i successivi 30 giorni dal rilascio.

Dichiara di aver informato tutti gli interessati alla sottoscrizione del presente atto, sollevando, pertanto, l'Ente Gestore dei Servizi Sociali di riferimento del territorio di residenza e l'ASLCN 1 da ogni eventuale contestazione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

*Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

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)

In fede, data ___/___/___

Firma del richiedente _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per certificare la fruizione da parte dell'interessato di una delle indennità di cui all'elenco dalla A alla E come previsto dalla DGR 3-2257 del 13/11/2020 3/11/2016 e dall'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 3/11/2016.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La certificazione può essere compilata dall'interessato oppure dai seguenti soggetti:

- tutore
- amministratore di sostegno,
- coniuge, convivente, figlio o altro parente in linea diretta fino al terzo grado per impedimento temporaneo dell'interessato per motivi di salute
- dal familiare / tutore

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato e consegnato di persona ad uno Sportello Unico Distrettuale dell'ASL CN1 presso i distretti di Cuneo-Borgo San Dalmazzo e Dronero al P.A.S.S. per i Distretti di Mondovì e Ceva oppure alle Unità Minime Locali del Consorzio Socio-Assistenziale Monviso Solidale per i Distretti di Savigliano-Fossano e Saluzzo. Tali sedi forniscono informazioni sulle modalità di presentazione della domanda e avviano la procedura di valutazione;
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it, indicando il Distretto di residenza;
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da PEC all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it, indicando il Distretto di residenza.

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Fotocopia Carta Identità del richiedente in corso di validità
- Copia del certificato di invalidità in corso di validità

MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA

Nel processo di valutazione a cura della 'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) la certificazione è necessaria per individuare i requisiti richiesti dalla Regione Piemonte di cui alla dalla DGR 3-2257 del 13/11/2020 3/11/2016 e dall'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 3/11/2016.

Valutata la completezza della documentazione fornita dal richiedente, l'U.V.G. individua la risposta adeguata sulla base di criteri validati.

TEMPO DI RISPOSTA:

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslc1.it

RIFERIMENTI/LINK

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/unita-valutazione-geriatrica
------------------	---