

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER LA REALIZZAZIONE DI

 PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE (PRO.VI.) DELLE PERSONE CON DISABILITA’

(DECRETO N. 19045 DEL 26/11/2023)

 All’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona

 Piazza Tassara, 4

 25043 BRENO (BS)

 atspvallecamonica@legalmail.it

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

in qualità di:

□ Diretto interessato

oppure

□ Tutore □ Amministratore di Sostegno

*(compilare solo se si è selezionata una delle voci tutore/amministratore di sostegno)*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

CHIEDE

*(per sé o per conto della persona beneficiaria)*

di partecipare all’Avviso pubblico per la presentazione di domande per la realizzazione di progetti di vita indipendente (Pro.Vi.) delle persone con disabilità e di poter accedere al percorso di valutazione multidimensionale per la definizione del proprio Progetto di Vita personalizzato e partecipato finalizzato a (*descrivere*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A TAL FINE DICHIARA

*(per sé o per conto della persona beneficiaria)*

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

* di essere maggiorenne
* che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità (disabilità fisica, fisico/motoria e/o intellettiva);
* di essere in grado di esprimere la propria volontà, i propri desideri ed autodeterminarsi nella strutturazione di un progetto;
* di voler realizzare il progetto di vita senza il supporto del caregiver famigliare, ma con l’ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato, oppure quello fornito da ente terzo (es. cooperativa) o da operatore professionale;
* di essere in possesso della certificazione:

□ di disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 1

□ di gravità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3

* di essere in possesso dell’indennità di accompagnamento:

□ SI

□ NO

* di essere in possesso di ISEE

□ sociosanitario pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ordinario (per le persone con grado di disabilità < 67%) pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in possesso :

□ di invalidità civile pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

* conoscere ed accettare senza riserva alcuna le condizioni contenute nell’Avviso Pubblico;
* di essere a conoscenza che l’istanza e gli allegati potranno essere visionati dai componenti dell’unità di valutazione multidimensionale e che l’accesso agli interventi è subordinato alla verifica del possesso dei requisiti di accesso e alla definizione di un Progetto personalizzato;
* di essere consapevole che gli interventi previsti nel Progetto di cui programmazione PRO.VI. (DGR 2033/2024) sono integrativi rispetto a quelli già in atto di natura sociale e sociosanitaria e che il budget di progetto sarà costruito tenendo conto di tutte le risorse disponibili ivi comprese le risorse proprie, le risorse messe a disposizione dal Comune e liberamente dalla famiglia che concorreranno almeno per il 30% sui costi sociali;
* di impegnarsi a fornire, in sede di valutazione multidimensionale, tutte informazioni necessarie alla definizione del progetto;
* di essere a conoscenza che l’Azienda territoriale per i servizi alla Persona effettuerà controlli sulla veridicità dei dati e delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR 445/2000);
* di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci.

CHIEDE, qualora beneficiario,

* che le comunicazioni riferite al presente procedimento vengano trasmesse al seguente indirizzo mail/pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il beneficio, se riconosciuto, sia accreditato sul seguente sul conto corrente del beneficiario (scegliere una sola opzione – il libretto postale non è adeguato per la tipologia di pagamento):

□ postale □ bancario □ poste pay evolution

intestato/cointestato a:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

C. IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ALLEGA ALLA PRESENTE

*(selezionare la voce che ricorre)*

□ fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente se persona diversa;

□ certificazione di gravità art. 3 comma 3 Legge 104/1992 o certificazione di disabilità art. 3 comma 1 della Legge 104/92;

□ verbale di invalidità civile;

□ eventuale adeguata/aggiornata documentazione sanitaria;

□ in presenza di tutore/AdS: fotocopia atto di nomina.

*Luogo e Data*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firma del dichiarante*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RESA AI SENSI DELL’ART. 13 REG. UE 2016/679

Titolare del trattamento

Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona (ATSP) con sede in Piazza Tassara n. 4 – 25043 Breno (BS), email: info@atspvallecamonica.it, tel. 0364.22693 – Fax 0364.321463.

ATSP ha nominato il proprio Responsabile della protezione dei dati che si può contattare via mail alla seguente casella di posta elettronica: dpo@atspvallecamonica.it

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati raccolti sono trattati al solo scopo di offrire i servizi richiesti.

Il trattamento dei dati personali è svolto per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico ai sensi dell’articolo 6 paragrafo 1 lettera e) del Regolamento UE/2016/679. Quando sia necessario raccogliere dati particolari (ad esempio dati sanitari), il trattamento è effettuato per fini di assistenza o terapia sanitaria e sociale ai sensi dell’articolo 9 paragrafo 2 lettera h) del Regolamento UE/2016/679.

Durata della conservazione

I dati raccolti sono conservati per i tempi descritti dal Manuale di Gestione Documentale adottato da ATSP.

Destinatari dei dati

I dati sono trattati dai dipendenti e dai collaboratori del Titolare che hanno ricevuto le necessarie istruzioni.

I dati possono essere trasmessi a:

* privati in seguito a richieste di accesso agli atti (Legge n. 241/1990) o accesso civico (D. Lgs. n. 33/2013);
* altre Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento di funzioni istituzionali (ad esempio Comuni, Regione, Provincia, Ministeri, INPS, INAIL, , Autorità Giudiziaria, Autorità di Pubblica Sicurezza);
* soggetti terzi competenti a erogare prestazioni a favore dell’interessato (ATS, ASST, Sert, CPS, Centri per l’impiego, soggetti accreditati per l’erogazione dei servizi, etc.);
* consulenti e professionisti (es. medico, psicologo);
* soggetti terzi di cui gli enti si avvalgono per erogare il servizio (ad esempio cooperative sociali);
* soggetti terzi che forniscono servizi ai Titolari (ad esempio l’assistenza informatica).

Diritti dell’interessato

L’interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento. In alcuni casi ha, inoltre, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali. Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati all’indirizzo dpo@atspvallecamonica.it.

L’interessato ha, infine, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.