**ALLEGATO “E”**

**Al Signor Sindaco del Comune di**

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

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L’INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI “DISABILITA’ GRAVISSIMA” - ANNO 2022**

**(D.M. 26/09/2016 – DGR n. 1790/2022, DGR n. 128/2023)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COGNOME NOME

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

 persona disabile in situazione di “disabilità gravissima”

 genitore

 familiare

 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l’assistenza a favore di persone in condizione di “disabilità gravissima” fornita da:

 genitore/familiare convivente

 genitore/familiare non convivente

 operatore esterno

**a tal fine DICHIARA**

**1. la persona disabile in condizione di “disabilità gravissima”**

 è inserito nel percorso di istruzione/formazione scolastica

 Nella eventualità che l’alunno sia rimasto a casa per la chiusura della scuola a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

1. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

per un totale di giorni complessivi pari a \_\_\_\_

 è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all’art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.

 Nella eventualità che l’alunno sia rimasto a casa per la chiusura del Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

1. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

L’ è stata ricoverata presso strutture ospedaliere per i seguenti periodi:

1. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Dal\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a \_\_\_\_

**2. che la persona in condizione di “disabilità gravissima”**

 non beneficia del contributo regionale relativo al progetto “Vita Indipendente".

 non beneficia del contributo regionale relativo all’intervento “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l’incremento del contributo alle famiglie per l’assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”.

 non beneficia dell’Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

 non beneficia del contributo regionale relativo all’intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019.

**3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:**

|  |
| --- |
| □ alla persona con disabilità gravissima per cui si richiede il presente contributo, beneficiarioSig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ al genitore della persona con disabilità gravissima minorenneSig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ al tutore/amministratore di sostegno della persona con disabilità gravissima maggiorenneSig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(in caso di tutela o amministrazione di sostegno allegare decreto di nomina)****e le coordinate sono le seguenti:****Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

**E’ consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).**

L’ Addetto alla ricezione Ass. Soc.

Ovvero altro referente dell’Ente locale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del D. Lgs 196/2003 e art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)**

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall’art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

**Finalità del trattamento.** Il trattamento dei dati è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** Il trattamento dei dati personali degli interessati si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza, previsti dall’articolo 5 del GDPR. In particolare, per i dati personali degli interessati il trattamento consiste nella raccolta, registrazione, conservazione, consultazione, comunicazione ed infine nella cancellazione dei dati personali degli interessati. Il trattamento viene effettuato con modalità automatizzate e anche con supporti cartacei.

**Destinatari dei dati.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”).

**Diritti.** L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo a un’autorità di controllo come previsto dall’art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Ha inoltre il diritto alla portabilità dei dati, alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal Regolamento. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all’indirizzo: municipio@comunue.recanati.mc.it.

**Periodo di conservazione dei dati.** I dati personali saranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

**Titolare del trattamento:** Comune di Recanati

Nella persona del Sindaco Protempore Dott. Antonio Bravi

Indirizzo PEC: comune.recanati@emarche.it

**Responsabile della protezione dati:** è contattabile al seguente indirizzo: comune.recanati@emarche.it**.**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l’informativa sul trattamento dei dati personali.

 Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_