

**Piano
di
Zona**
L. 328/00

Ambito Territoriale di Azzate
Aderiscono i Comuni di
 Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino,
 Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio,
 Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.

DOMANDA DI NUOVO ACCESSO ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI *ai sensi della DGR XII/6320/2026*

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome:

Residente a _____ prov. (_____) CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____

e-mail _____

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ anziano
- ☐ disabile

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

- ☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)
- ☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
- ☐ in via esclusiva
- ☐ in modo congiunto
- ☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Nome e cognome:

Residente a _____ prov. (_____) CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____

e-mail _____



Piano di Zona L. 328/00	Ambito Territoriale di Azzate
	<i>Aderiscono i Comuni di</i> Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino, Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio, Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.

CHIEDE

- ☐ MISURA SOSTEGNO al caregiver familiare **STRUMENTO A)**
- ☐ MISURA SOSTEGNO PER ASSISTENTE FAMILIARE **STRUMENTO B)**
- ☐ MISURA SERVIZI **STRUMENTO C)**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso di Invalidità con scadenza _____
- ☐ di essere in possesso di Legge 104/92 art. 3, comma 3 con scadenza _____
- ☐ di essere in possesso di accompagnamento
- ☐ **i DATI RELATIVI AL CAREGIVER**

NOME _____ COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

DISTANZA DALLA RESIDENZA DELL'ASSISTITO KM _____

TEL: _____

MAIL _____

INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI ASSISTENZA GIORNALIERA E BARRARE CON CROCETTA O SI O NO

le tipologie di assistenza erogate dal CAREGIVER

- ✓ n. ore _____
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Igiene Personale (compreso il vestire/svestire e/o gestione continenza): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti,...): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Gestione Terapia (compresa farmacologica, di supporto, nutrizionale, respiratorio, ...): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema): **SI o NO**


COMUNE DI AZZATE
 Provincia di Varese


COMUNE DI BRUNELLO


COMUNE DI BUGUGGIATE


COMUNE DI CARONNO VARESINO


COMUNE DI CARNAGO


COMUNE DI CASTRONNO


COMUNE DI CROSIO DELLA VALLE


COMUNE DI CASALE LITTA


COMUNE DI DAVERIO


COMUNE DI GAZZADA SCHIANNO


COMUNE DI MORAZZONE


COMUNE DI MORNAGO


COMUNE DI SUMIRAGO



Esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati. Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante INVALIDITA', LEGGE 104/92 E/O ACCOMPAGNAMENTO;
- ☐ PAI/VALUAZIONE MULTIDISCIPLINARE/PROGETTO

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

Via C.B.Castellani n. 1 - 21022 Azzate
tel. 0332.456354- fax. 0332.458738 / C.F.-P.IVA 00308140128
e-mail pianodizona@comune.azzate.va.it – Pec comunediazzate@postemailcertificata.it