







Ufficio Servizi Sociali

MODELLO 2 - Dichiarazione

"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari"

Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura

DICHIARAZIONE di ACCESSO

Il sottoscritto (cogno	me)								(n	ome)						
nato a	/					prov.			`		il					
residente nel Comune																
Via/Piazza																
C.A.P		tel.														
domicilio (solo se div	verso	dalla	resid	enza)	Con	nune d	i						pro	v.		
Via/Piazza																
C.A.P.		tel.														
e-mail																
Codice fiscale																
in qualità di:	<u> </u>	<u> </u>			ı				- 1		ı	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
☐ beneficiario interv	enti A	vviso	o Publ	blico	02/11	/2020	;									
oppure:																
☐ familiare																
□ tutore (Decreto Tr	ibuna	le di							n.)	
□ amministratore di	sosteg	gno (Î	Decre	to Tri	bunai	le di					n.					
□ altro (specificare:)
di beneficiario interv																
(cognome)								(1	nome)							
nato/a a						prov.					il					
residente nel Comune																
Via/Piazza																
C.A.P		tel.														
domicilio (solo se div	verso	dalla	resid	enza)	Con	nune d	i						pro	v.		
Via/Piazza												n				
C.A.P.																
Codice fiscale																
			,	,		1						1		,		1

Per il rinnovo dell'istanza di accesso agli interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer, di cui all'Avviso Pubblico 02/11/2020:

DICHIARA QUANTO SEGUE (barrare la voce di pertinenza):

			confern 20, aggie		-										_			vviso	publ	olico
			r aggior 020, rela		^														publ	olico
	1.		lizione mentazio						i gra	ıvità	/stadia	azione	e del	lla p	atolog	gia,	come	attes	stato	dalla
	2.		<u>alità di e</u> o al Sig./S	_																
		nato/a	a a									r	orov		i	1				
		Codio	e Fiscale	;																
		con a	ccredito s	sul Co	nto Co	rrente	<u> </u>		[] I	Banc	ario			[] Po	stale					
		(Codic	ce IBAN 2	27 care	atteri)															
Г																				
c	/o Ba	ınca/ U	Jfficio Po	stale										Sed	e/Ageı	ızia				
				_										_	C	_				
	3.	stato	di famig	glia:																
Co	gnon	ne e no	me		Luog	o di r	nascit	a			Data	di nas	cita			Raj	porto	di pare	entela	
																-				
	4.	altro	(specific	care) _																
			o, consaj						•											
			n caso																	
			ntualmei		_			•												
			in esso					_					-						enar	e tutte
		ızıonı ra altı		previs	ie e ui	CSSC	ie iii	pos	36336	uit	uuii	equis	ili ui	amm	1881011	.11a 11	CIIICSU	•		
<u>DI</u>			l destina	ntario	dell'ii	nterv	ento	non	è at	tualı	nente	ricov	erato	a fei	mno i	ndete	ermina	to nre	esso a	lcuna
			tura soci										Crate	u	inpo i		,,,,,,,,,,,	o pre	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
			npegnars						•				icio	di P	iano (del I	Distrett	o So	ciale	B di
			none, ir																	
			evo che s				_		_											
			npegnars	_	_											ssun	zione	dell'c	perat	ore e
		rendi	contazio	ne tri	mestra	ile de	elle s	pese	e allo	sco	oo sos	tenute	e;							

	di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza domiciliare (anche indiretta) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:
	di fruire del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: (cancellare l'ipotesi che non ricorre) prevalenti / integrative / entrambe
	ALLEGA
2. Co 3. Co	ttestazione ISEE in corso di validità e di regolarità; opia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo; opia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
5 6	
Luogo	e data Firma del richiedente
trattati, ASL di solo all' con le fi Il sogge per mot Titolare del tratt I Comu	INFORMATIVA PRIVACY i della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili inalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi. etto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento ivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone. Le del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile amento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Dott. Andrea Manchi. Le del Regolamento UE 2016/679. DICHIARAZIONE DI CONSENSO
dei dati Macroa	evole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer" ttività C - Interventi per favorire la domiciliarità Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi Assegni di cura del Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio.
Luogo e	e data Firma del richiedente