



Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali  
Biella



Il/la sottoscritto/a .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via..... n° .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

in qualità di  diretto interessato

oppure

amministratore di sostegno  tutore  altro ( specificare ) .....

del/della sig./ra .....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... in via..... n° .....  
recapito telefonico .....  
indirizzo e-mail .....

**chiede di accedere ai finanziamenti previsti per i progetti di Vita Indipendente anno 2018.**

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del certificato di invalidità civile ( percentuale del ..... ) e della certificazione di handicap ai sensi della legge 104/1992;

- di essere:

- occupato presso .....
- disoccupato
- studente presso.....
- pensionato

- di avere un ISEE del valore di ..... con scadenza 15.1.2018;

- di avere le seguenti entrate mensili .....

- di avere il seguente progetto di Vita Indipendente/di allegare il proprio progetto di Vita Indipendente sottoscritto .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- che il proprio progetto di Vita Indipendente avrà un costo mensile stimato di €. ....  
così suddiviso:

- 1 - .....
- 2- .....
- 3 - .....
- 4 - .....
- 5 - .....
- 6 - .....

dichiara inoltre

- di essere disponibile alla partecipazione a momenti formativi e di rielaborazione dell'esperienza di Vita Indipendente     sì     no

- che i propri familiari  
cognome e nome

grado di parentela

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

sono a conoscenza del progetto di Vita Indipendente  
lo condividono

- sì     no
- sì     no

sono disponibili ad eventuali incontri sul tema della vita in autonomia di persone disabili

- sì     no

di abitare per lo più

- da solo
- con i seguenti familiari .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- con le seguenti altre persone senza vincolo di parentela
- .....
- .....
- .....
- .....
- in struttura residenziale, specificare .....
- .....

di non poter sostenere agevolmente il colloquio orale e di chiedere l'utilizzo dei seguenti supporti/ausili .....

dichiara inoltre

- di essere stato valutato dalla Commissione UMVD dell'ASL BI

sì     no

- di essere disponibile all'assunzione dell'assistente personale in base alla vigente normativa;

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà validato dalla Commissione UMVD presso l'ASL BI;

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà interrotto al verificarsi dei seguenti eventi:

- perdita della connotazione di vita indipendente, cioè qualora vengano a mancare i requisiti previsti, previa verifica della Commissione UMVD e della Commissione Interna.
- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nelle presenti linee guida;
- inadempienze agli obblighi assunti con l'Ente Gestore di riferimento ( Consorzio Cissabo e Consorzio IRIS );
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro con l'assistente personale;
- volontà dell'interessato di sospendere il progetto di vita indipendente;
- mutamento delle condizioni/requisiti che avevano determinato la possibilità di accedere al progetto. Il mutamento dei requisiti socio-sanitari deve essere validato dall'U.M.V.D.
- mancata comunicazione tempestiva sulla variazione di una delle condizioni necessarie all'accesso al progetto;
- compimento dei 65 anni
- trasferimento della residenza in un comune rientrante in ambito territoriale di un altro Ente Gestore.

....., lì.....

firma

documenti allegati:

- copia del verbale di invalidità civile e della certificazione di handicap

- copia di altra documentazione medica aggiornata

- dichiarazione ISEE in corso di validità o copia della DSU ( in attesa di rilascio della certificazione ISEE )

- copia di un documento d'identità in corso di validità

# **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE**

*Gentile Interessato,*

*conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che i Consorzi IRIS e CISSABO tratteranno i dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.*

## *Finalità del trattamento*

*Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso.*

## *Modalità del trattamento*

*Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.*

## *Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto*

*Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione. In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.*

## *Comunicazione e Diffusione*

*I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili, potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;*

## *Diritti dell'interessato*

*La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.*

*Titolare del trattamento dei Suoi dati è:*

*Consorzio CISSABO - dr. Francesco Garzetti - [info@cissabo.org](mailto:info@cissabo.org)*

*Consorzio IRIS - dr.ssa Rosanna Marinella Lentini - [info@consorzioiris.net](mailto:info@consorzioiris.net)*

## Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il Signor/ra \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
telefono/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Cod.  
Fisc. \_\_\_\_\_

oppure (se impossibilitato)

in qualità di:  tutore  amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso di:

- esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati
- negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione e in sua assenza non si potrà dare seguito all'istanza).

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

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_