

AL COMUNE DI

(indicare il Comune di residenza)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

per se stesso
 per il/la sig./ra _____
nato/a a _____ () il _____ e residente
a _____ in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____

di poter accedere al Centro Diurno per disabili "I Girasoli" sito a:

- Civitavecchia via Papa Giulio II n.17
- Tolfa via del Macello s.n.c.

DICHIARA

che il protocollo della Dichiarazione Sostitutiva Unica resa ai fini del rilascio dell'attestazione ISEE socio-sanitario in dataè il seguente:

PROT. INPS-ISEE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Non saranno prese in considerazione le Dichiarazioni Sostitutive Uniche che riportano un data successiva a quella di consegna della domanda di accesso alla prestazione all'Ufficio Protocollo)

ALLEGA

alla presente domanda:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del disabile e, qualora la domanda venga sottoscritta da persona diversa (tutore, curatore o Amministratore di Sostegno) anche di colui che la sottoscrive.
- Certificato medico attestante la compatibilità della patologia e della funzionalità residua della persona con la partecipazione alle attività specifiche il Centro Diurno per disabili

rilasciata dal medico curante o da un medico specialista o in alternativa da un Servizio pubblico che ha in carico la persona disabile (Allegato A);

- Copia del verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o del Tutore qualora l'istanza sia sottoscritta dagli stessi.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 07665901 Indirizzo PEC: comune.civitavecchia@legalmail.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rp@comune.civitavecchia.rm.it

Sono contitolari del trattamento i Comuni di Tolfa, Allumiere e Santa Marinella.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- sono trattati da personale dei comuni del Distretto;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Firma del beneficiario o del Legale Rappresentante

**CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA COMPATIBILITA' DELLA PATOLOGIA E
DELLA FUZIONALITA' RESIDUA DELLA PERSONA CON LA PARTECIPAZIONE
ALLE ATTIVITA' SPECIFICHE DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI**

(da compilarsi a cura del Medico curante o del Medico specialista o in alternativa da un Servizio pubblico che ha in carico la persona disabile)

Con la presente si certifica che il/la Sig./ra

nato a il e residente

in via

- non è affetto/a da patologie psichiatriche;
- il grado di disabilità psico-fisica stabilizzata da cui risulta affetto/a e la sua funzionalità residua sono compatibili con la partecipazione alle attività socio-educative specifiche del Centro Diurno per disabili.

....., il

.....
(Timbro e firma del Medico certificatore)