

Oggetto: L.R. 03/12/2004, n. 9. Richiesta riconoscimento provvidenze in favore di malati oncologici.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
 _____ residente a _____ in via _____
 n° _____ tel. _____ cell. _____ codice fiscale _____

in qualità di (barrare la voce interessata):

- diretto interessato genitore tutore/curatore amministratore di sostegno familiare

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale 03/12/2004, n. 9 in favore di se medesimo ovvero in favore di _____ nato/a a _____ il _____ residente a IGLESIAS in via _____ tel. _____ cell. _____ codice fiscale _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, per sé o per l'avente diritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

- di non aver diritto allo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali e assicurativi;
- che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare dell'interessato, è così composto (soggetto interessato, coniuge e figli minori conviventi; soggetto interessato, genitori e fratelli minori conviventi in caso di soggetto non coniugato)

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

- di autorizzare il Settore Politiche Sociali ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare _____ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

- dichiara di voler ricevere le provvidenze eventualmente concesse mediante:

mandato con quietanza diretta (riscossione allo sportello bancario)

accredito sul seguente codice iban _____ (scrivere in modo chiaro e leggibile o allegare fotocopia) intestato a sé medesimo o al tutore legale (genitore, amministratore di sostegno, tutore) di cui si forniscono le generalità nome e cognome _____ data e luogo di nascita _____ codice fiscale _____, telefono _____ e-mail _____.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione, nella composizione del nucleo familiare e/o nei redditi dichiarati, che dovesse intervenire successivamente all'inoltro della presente istanza;
- a trasmettere regolarmente le certificazioni delle visite mediche effettuate.

ALLEGA:

- documento di identità in corso di validità;
- certificazione diagnostica, in originale, rilasciata dal presidio ospedaliero pubblico o universitario attestante data di accertamento della patologia e data di avvio del programma di trattamento e cura.**

IGLESIAS li, _____

Firma

allegare fotocopia del documento di identità se la firma non è apposta innanzi al funzionario ricevente

Spazio riservato al funzionario ricevente

Si dichiara che la firma del sottoscrittore identificato mediante documento n. _____ rilasciato da _____ il _____ è stata apposta in presenza del sottoscritto dipendente comunale.

Data _____ timbro e firma

INFORMATIVA

Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE n. 679/2016, ai fini del presente procedimento è Titolare del Trattamento, relativamente all' istruttoria delle domande presentate dalle persone residenti nel proprio territorio e, quindi, della verifica del possesso dei requisiti e della definizione dell'esito il Comune di Iglesias Piazza Roma 1, 09013 Iglesias.

Il Titolare del Trattamento informa che tutti i dati dei richiedenti saranno utilizzati esclusivamente per ciascuna e tutte le attività previste dal procedimento di cui trattasi.

La base giuridica del trattamento è l'art. 6, par. 1, lett a), Reg. UE n. 679/2016, ovvero il consenso del richiedente prestato in modo libero, consapevole, chiaro per l'istanza di cui trattasi ed inserito nella domanda di accesso al beneficio.

Il trattamento è effettuato con procedure informatizzate al solo fine dell'istruttoria del procedimento.

La mancanza di consenso al trattamento dei dati non consentirà al richiedente l'istruttoria dell'istanza poiché sono richiesti i soli dati necessari e pertinenti per le finalità del beneficio

Il conferimento dei dati richiesti nella presente domanda è necessario per valutare i requisiti di accoglimento della stessa.

I dati raccolti nell'ambito del procedimento di cui alla presente istanza potranno essere oggetto di comunicazione: al personale dipendente dell'Amministrazione, al responsabile del procedimento, o comunque in esso coinvolto per ragioni di servizio; a tutti i soggetti aventi titolo, ai sensi della normativa vigente; ai soggetti destinatari di eventuali comunicazioni dalle leggi in materia, ivi compresi i competenti Servizi della Regione Autonoma della Sardegna.

Tutti i soggetti coinvolti nelle operazioni di trattamento garantiranno la riservatezza dei dati di tutti gli interessati partecipanti alla presente procedura. I dati personali dei richiedenti saranno conservati finché non saranno più necessari ai fini della presente procedura.

I richiedenti potranno esercitare i diritti previsti dagli artt. 12-22 del Regolamento UE, che qui di seguito si riepilogano.

È diritto dell'interessato richiedere in qualsiasi momento la revoca del consenso prestato e l'accesso al trattamento dei propri dati personali, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

All'interessato è, inoltre, riservata la facoltà di opporsi al trattamento dei dati personali e di presentare reclamo al Garante in caso di violazione dei propri dati personali (art. 77 del Reg. UE 679/016).

La revoca del consenso è efficace dal momento in cui essa è esercitata, restando la liceità del trattamento in precedenza effettuato.

Il Responsabile Protezione Dati (DPO) del Comune di Iglesias, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è NICOLA ZUDDAS S.r.l., email:

privacy@comune.it, pec: privacy@pec.comune.it

Firma del dichiarante
