



**PLUS**

Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,  
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia  
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

**MODULO DI DOMANDA “ RITORNARE A CASA PLUS”  
INTERVENTI D SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME  
DELIBERAZIONE 38/76 DEL 21.12.2022**

**ALLEGATO 1**

**Al Comune di** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_,

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- destinatario del Progetto
- amministratore di sostegno/ incaricato della tutela/ curatore
- titolare della potestà genitoriale
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per se stesso

in favore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_,

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Accesso al Programma “Ritornare a Casa Plus” per Livello Assistenziale Base A:

**DICHIARA**

che il/la Signor/Signora ..... :



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
plus@comune.iglesias.ca.it



**PLUS**

Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,  
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia  
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

- è inserito, o è in procinto di esserlo, a seguito di valutazione UVT, in percorsi di cura all'interno di Strutture Residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che ha dovuto interrompere, o non ha potuto effettuare, l'inserimento a causa dell'emergenza COVID;
  - non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
  - rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del "Ritornare a Casa Plus" Livello Assistenziale Base A
  - di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40.
  - di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
  - di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).
  - chiederà di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, l'intero contributo per la fornitura diretta di cura da parte del **Caregiver** per le seguenti attività e numero ore di assistenza giornaliera:
- 
- 

Allega a tal fine:

- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, oppure dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Autocertificazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
- Copia verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza.
- Il certificato ISEE socio sanitario 2023.
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di **Iglesias** indirizzo PEC: **protocollo.comune.iglesias@pec.it**.

#### INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
2. I dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune di **Iglesias** in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati.
3. Essi potranno essere comunicati ad altri settori del Comune e in forma aggregata, a istituti pubblici o privati sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali nell'interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;
4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
[plus@comune.iglesias.ca.it](mailto:plus@comune.iglesias.ca.it)



**PLUS**

Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,  
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia  
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

5. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l'accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

#### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

**Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@pec.it).**

**Titolare del trattamento è il Comune di Iglesias con sede in Via Isonzo PEC: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@pec.it).**

#### **MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali del Comune di Iglesias e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello) .....**

**Data ..... Firma dell'interessato .....**



Distretto Socio Sanitario di Iglesias  
[plus@comune.iglesias.ca.it](mailto:plus@comune.iglesias.ca.it)