



**ALLEGATO A - Modello domanda Beneficiari
AZIONE A – ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE – I.T.I.A.**

**Ambito Territoriale Sociale S01_2
Comune Capofila – Scafati**

Al Servizio Sociale del Comune di _____

**AVVISO PUBBLICO
PER L'INDIVIDUAZIONE DI DESTINATARI DA INSERIRE NEI LABORATORI DI EDUCATIVA
TERRITORIALE, FINALIZZATI A SOSTENERE LA FUORIUSCITA DALLA CONDIZIONE DI
SVANTAGGIO, NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DELL'AZIONE A) SERVIZI DI SUPPORTO ALLE
FAMIGLIE DEL PROGETTO "CENTRO TERRITORIALE di INCLUSIONE ATTIVA – FUTURA"
"I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva"
d.d. 191 del 22.06.2018**

Il sottoscritto *(Cognome e nome)*

nato a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in *(Comune di residenza)*

_____ prov. _____

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ altro recapito _____ mail _____

CHIEDE

Poter usufruire dei servizi di **assistenza domiciliare - Azione A) Servizi di supporto alle famiglie** a tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

DICHIARA

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne il contenuto;
 - di essere cittadino Italiano o comunitario residente nel territorio dell'Ambito Territoriale S01_2;
 - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno e residente nel territorio dell'Ambito Territoriale S01_2;
- Inoltre dichiara di essere in una o più delle seguenti condizioni** (è possibile indicare più condizioni se presenti):
- di non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno:
 - 6 mesi; 12 mesi; 24 mesi;
 - di avere un'età compresa tra i 15 e i 24 anni;
 - di non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (livello ISCED 3) o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non avere ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
 - di aver superato i 50 anni di età;
 - di essere un adulto che vive solo o con una o più persone a carico;



di essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici se il lavoratore interessato appartiene al genere sottorappresentato;

di appartenere a una minoranza etnica di uno Stato membro UE e avere la necessità di migliorare la propria formazione linguistica e professionale o la propria esperienza lavorativa per aumentare le prospettive di accesso ad un'occupazione stabile;

di essere una persona con disabilità;

di essere in carico al servizio sociale professionale competente sul territorio afferente l'Ambito Territoriale S01_2;

di essere in carico al servizio sanitario competente sul territorio afferente l'Ambito Territoriale S01_2;

di usufruire del Reddito di Inclusione (SIA/REI) alla data di scadenza del presente bando;

di usufruire del Reddito di Cittadinanza (RDC) alla data di scadenza del presente bando;

di avere un ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) aggiornato pari a € _____ ;

Inoltre dichiara di essere in una o più delle seguenti condizioni di vulnerabilità sociale (è possibile indicare più condizioni se presenti):

- Nucleo familiare con tre o più figli minori;
- Nucleo familiare con presenza di uno o più disabili;
- Nucleo familiare con presenza di uno o più anziani non autosufficienti;
- Nucleo familiare mono-genitoriale;
- Nucleo familiare con presenza di sogg. tossicodipendente, alcolista o ex-detenuto;

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Si allega:

1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e dei minori;
2. modello ISEE di tutto il nucleo familiare, in corso di validità;
3. informativa privacy;
4. certificazione di invalidità (propria o dei componenti del nucleo familiare), se presente;

(luogo e data)

(firma del dichiarante)



**ALLEGATO B - Modello domanda ad uso esclusivo del Servizio Sociale Professionale
Per inserimento nei servizi / interventi AZIONE A - Servizi di supporto alle famiglie – I.T.I.A.**

All'Ambito Territoriale Sociale S01_2
Comune Capofila – Scafati
Pec: pianodizona.scafati@pec.it

Il Richiedente Servizio Sociale Professionale del Comune di _____
nella persona dell'assistente sociale (*Cognome e nome*) _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

Richiede l'inserimento/l'attivazione degli interventi di:

- Assistenza domiciliare socio educativa per minori e famiglia;
- Assistenza domiciliare per diversamente abili;
- Assistenza domiciliare per Anziani;

In favore di (*Cognome e nome del destinatario*) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in (*Comune di residenza*) _____

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ altro recapito _____

ALLEGARE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CHE AVVALORA LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO/INTERVENTO (*Provvedimento del T.M., Progetto Individualizzato, altra dichiarazione o certificazione inerente etc.*):

specificare:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

(luogo e data)

(firma del richiedente)

Si Allegano:

- I documenti di cui sopra;
- Il Modello A, riservato ai beneficiari;
- Copia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario.



**INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)
Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai dati indicati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il **Piano Sociale di Zona S01_2**, nella persona del legale rappresentante, Dott. Cristoforo Salvati, Sindaco del Comune di Scafati (capofila), domiciliato per la carica in Scafati, alla Piazza Municipio,1 - 84018 Scafati - SA.

▪ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

▪ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

▪ **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S01_2 e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

▪ **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

▪ **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

Il Piano Sociale di Zona S01_2 non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

▪ **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 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 o saranno comunicati;
- c) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- e) ottenere la rettifica dei dati;
- f) proporre reclamo a un' autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Piano Sociale di Zona S01_2, via Da Vinci, snc - 84012 - Angri (SA) o all'indirizzo mail: pianodizona@comune.scafati.sa.it



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)

Il sottoscritto _____:

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali propri e dei figli minori, anche sensibili, nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.

Data, _____

Firma del dichiarante



**ALLEGATO B - Modello domanda ad uso esclusivo del Servizio Sociale Professionale
Per inserimento nei servizi / interventi AZIONE A - Servizi di supporto alle famiglie – I.T.I.A.**

All'Ambito Territoriale Sociale S01_2
Comune Capofila – Scafati
Pec: pianodizona.scafati@pec.it

Il Richiedente Servizio Sociale Professionale del Comune di _____
nella persona dell'assistente sociale (*Cognome e nome*) _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

Richiede l'inserimento/l'attivazione degli interventi di:

- Assistenza domiciliare socio educativa per minori e famiglia;
- Assistenza domiciliare per diversamente abili;
- Assistenza domiciliare per Anziani;

In favore di (*Cognome e nome del destinatario*) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente in (*Comune di residenza*) _____

Via/Piazza _____ n° civico _____

telefono _____ altro recapito _____

ALLEGARE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE CHE AVVALORA LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO/INTERVENTO (*Provvedimento del T.M., Progetto Individualizzato, altra dichiarazione o certificazione inerente etc.*):

specificare:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

(luogo e data)

(firma del richiedente)

Si Allegano:

- I documenti di cui sopra;
- Il Modello A, riservato ai beneficiari;
- Copia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario.