

ALLEGATO C 2 (se compilato da familiare, amministratore di sostegno, etc.)

FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE

DI CUI ALL'ART. 41 DELLA LEGGE REGIONALE 6/2006

Il/la sottoscritto/a _____

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

e residente a _____ tel. _____

in qualità di _____ (es. familiare, amministratore di sostegno, etc.)

del sig./ra _____ (nome e cognome del beneficiario del contributo)

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 DPR445/2000, recante il Testo Unico delle Disposizioni

Legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

che nei periodi

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

il/la signor/a _____ è stato/a ricoverato/a in struttura sanitaria sociale o sociosanitaria (ad esempio ospedale, RSA, case di riposo, residenza per disabili...);

il/la signor/a _____ **NON** è stato/a ricoverato/a in struttura sanitaria sociale o sociosanitaria (ad esempio ospedale, RSA, case di riposo, residenza per disabili...);

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto testé autocertificato è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR 445/2000 ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che sui dati autocertificati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 s.m.i.

Data _____ Firma del/della dichiarante _____ *

* ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente.

ALLEGATI: COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA AI SENSI DEL d. Lgs N. 196/2003

gentile signore/a si desidera informarla che il D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" prevede un sistema di garanzie a tutela del trattamento dei dati personali. Secondo la norma indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della normativa predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

Il trattamento che si intende effettuare ha come finalità l'attribuzione dei contributi relativi al Fondo per l'autonomia possibile e riguarda dati personali. Sarà effettuato mediante raccolta su supporto cartaceo e successiva elaborazione informatica a cura dell'Amministrazione stessa. Il conferimento dei dati è indispensabile al fine dell'elaborazione della domanda dell'interessato l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di dar seguito a quanto richiesto; i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, per le finalità previste nell'ambito degli interventi connessi ai sopraindicati procedimenti. Il trattamento dei dati potrebbe riguardare incidentalmente anche dati personali sensibili (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesioni ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, ovvero lo stato di salute e la vita sessuale). Il titolare del trattamento è il Comune di Trieste. Il responsabile del trattamento è la Dirigente del Servizio Sociale. Gli incaricati al trattamento sono i dipendenti assegnati al Servizio Sociale come risultanti dagli atti. In ogni momento è possibile esercitare nei confronti del titolare del trattamento, i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.