

**MODULO (A) DI CONFERMA IN CONTINUITA'
DEGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI DI ASSISTENZA DIRETTA
RIVOLTI A MINORI CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO ELEVATO E MOLTO ELEVATO
- PERIODO ESTIVO-**

OPZIONE 1

Il sottoscritto genitore/tutore/amministratore di sostegno _____ in nome e per conto del minore COGNOME E NOME _____

C.F. _____ nato il _____ a _____

Residente a _____ via/piazza _____ n. _____

già ammesso alla graduatoria 2025 degli interventi integrativi sociali (FNA 2024 3719/24)

- dichiara il mantenimento dei requisiti di gravità e di permanenza al proprio domicilio precedentemente dichiarati
- conferma la volontà di utilizzare il Voucher per l'attivazione degli interventi integrativi sociali avvalendosi dei **servizi erogati dagli Enti di cui all'elenco/catalogo allegato all'Avviso**

Per un VALORE pari ad € _____ (iva compresa)

Ente erogatore individuato di cui all'**elenco/catalogo** in vigore: _____

Progettualità intervento (descrivere gli obiettivi, gli interventi previsti e lo sviluppo delle attività):

TALI INTERVENTI VERRANNO LIQUIDATI **DIRETTAMENTE** dall'Ambito/Gestione Associata ALL'ENTE EROGATORE

OPZIONE 2

Il sottoscritto genitore/tutore/amministratore di sostegno _____ in nome e per conto del minore COGNOME E NOME _____

C.F. _____ nato il _____ a _____

Residente a _____ via/piazza _____ n. _____

già ammesso alla graduatoria 2025 degli interventi integrativi sociali (FNA 2024 3719/24)

- dichiara il mantenimento dei requisiti di gravità e di permanenza al proprio domicilio precedentemente dichiarati
- conferma la volontà di utilizzare il Voucher per l'attivazione degli interventi integrativi sociali avvalendosi di altri Servizi/Enti per il quale si chiede il rimborso (nei limiti previsti dall'Avviso pubblico):

Per un VALORE pari ad € _____

Ente individuato per l'intervento: _____

Tipologia di intervento: _____

Si ricorda di trasmettere documentazione comprovante la spesa sostenuta dalla famiglia per poter accedere al rimborso entro il 15/09/2026 (periodo di decorrenza interventi dal 01/06/2026 al 15/09/2026)

Data _____

Firma del genitore/tutore _____

Firma dell'assistente sociale del comune di residenza _____

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO
UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY):**

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del

D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di

Titolare del trattamento - Piazza Vittorio Veneto 2/3 - 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: dpo@studiobattiston.eu.

Infine, informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data _____ Firma del genitore/tutore per il consenso al trattamento _____

SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DELL'AMBITO

Stante la richiesta di conferma in continuità dell'utilizzo degli interventi integrativi sociali di assistenza diretta e la progettualità di cui sopra inoltrata dal Comune per il minore nome/nome _____

- si conferma
- non si conferma

che la stessa può essere attivata per l'importo assegnato di € _____ (IVA compresa)

ENTE _____

Il progetto si considera concluso ad esaurimento di tale Budget.

La responsabile dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale di Merate
dott.ssa Barberis Donatella