



indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Medico di Medicina Generale, dr.** \_\_\_\_\_

**2. Per la seguente tipologia di Impegnativa Centri Diurni:**

- Impegnativa **Centri Diurni gravi**  
 Impegnativa **Centri Diurni gravissimi**

**3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire la frequenza della persona non autosufficiente al Centro Diurno del centro di Servizi;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
  - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
  - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per la frequenza al Centro Diurno della persona non autosufficiente;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione:
  - a. della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE
  - b. della SVaMa
  - c. dell'impegnativa sanitaria di Centro Diurnocompporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di impegnarsi a presentare all'Ente capofila dell'ATS di competenza/al Comune di \_\_\_\_\_ la documentazione fiscale prodotta dall'Ente Gestore del Centro Diurno attestante la spesa sostenuta, consapevole che il contributo non potrà superare i 30,00€ al giorno frequentato;
- 8) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente domanda comporta l'esclusione dal beneficio;
- 9) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|||\_|\_|\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_)



## INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

### 1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Centro Diurno, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

### 2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale e dalle UVMD distrettuali, avvalendosi della SVaMA. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche con strumenti informatizzati per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle Impegnativa Centri Diurni. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione dell'Impegnativa Centri Diurni e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alle programmazioni regionali per la non autosufficienza.

### 3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

### 4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

### 5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo del territorio veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengono utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Impegnativa Centri Diurni in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, al responsabile della protezione dei dati dell'Ente che ha preso in carico la domanda, rivolgendosi ai dati di contatto presenti sul sito internet dell'Ente medesimo.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di cui sopra e mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni eventuali variazioni dei dati conferiti.

In fede,

Luogo, \_\_\_\_\_

Data |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



# ICD Centri Diurni

## IMPEGNATIVA CENTRI DIURNI - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

*indicare se diverso dalla residenza:*

domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Medico di Medicina Generale, dr.** \_\_\_\_\_

- 1) L'utente ha riconosciuta la quota sanitaria di frequenza al Centro Diurno  sì  no
- 2) Punteggio totale SVaMA |\_\_\_\_|\_\_\_\_|<sup>1</sup>
- 3) Valore ISEE<sup>2</sup> \_\_\_\_\_,00 €;
- 4) Presenza della condizione di alto bisogno assistenziale/disabilità gravissima<sup>3</sup>  sì  no

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**Allegati: Dichiarazione ISEE e SVaMA**

<sup>1</sup> A cura dell'UVMD

<sup>2</sup> Impegnativa Centri Diurni gravi: valore ISEE inferiore a € 16.700,00; Impegnativa Centri Diurni gravissimi valore ISEE inferiore a € 50.000,00

<sup>3</sup> Come definiti dal quadro sinottico della SVaMa