



**MODULO DI DOMANDA “RITORNARE A CASA PLUS”
INTERVENTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E CON DISABILITÀ
Livello Assistenziale Dimissioni Protette**

ALLEGATO 4

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
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

Per se stesso
 in favore di:
Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____ n° _____
CAP _____ Codice fiscale _____ Tel _____

Accesso al Programma “Ritornare a Casa Plus” per Livello Assistenziale Dimissioni Protette:

DICHIARA

che il/la Signor/Signora :

risulta essere:

- persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o persona infraseessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata;
- in dimissioni protette da un contesto sanitario per la prosecuzione delle cure presso:
 - la propria residenza
 - struttura di accoglienza (esclusivamente in caso di persona senza fissa dimora o con domicilio non adeguato alle cure)



Allega a tal fine:

- Certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria attestante la condizione di persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infraseessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio.
- Il certificato ISEE socio sanitario 2025;
- La copia del documento di identità del richiedente e del destinatario del progetto;
- Eventuale delega o decreto di nomina tutore/curatore/amministratore di sostegno del destinatario.

Comune.....

Firma.....

Note

- 1) Allegare alla presente domanda esclusivamente la documentazione su indicata, in quanto eventuali integrazioni non saranno prese in considerazione.
- 2) consegnare direttamente o spedire la presente domanda e la documentazione allegata con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di _____ oppure all'indirizzo PEC:



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 [redacted] 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;
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;
- d) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- e) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- f) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- g) 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;
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo a una autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla pec: [redacted]

Titolare del trattamento è il Comune di [redacted] con sede in Via Isonzo pec: [redacted].

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO



COMUNE DI IGLESIAS
(Provincia Sud Sardegna)



DISTRETTO DI IGLESIAS
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428-434

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