



**DISTRETTO SOCIALE AMANTEA3**



**COMUNE DI PRAIA A MARE**



**COMUNE DI PAOLA**

**ALLEGATO A – DOMANDA DI VALUTAZIONE**

- ALL’AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DI AMANTEA Corso Umberto I, Amantea CS
  - ALL’AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DI PAOLA - Corso Garibaldi n°49, 87027 Paola CS
  - ALL’AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DI PRAIA A MARE – Piazza Municipio n° 1, Praia a Mare
- **Sbarrare uno degli indirizzi**

**ACCESSO AL CENTRO POLIVALENTE “ISOLA DELLA SERENITÀ” CON SEDE IN SAN LUCIDO PER GIOVANI E ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO ED ALTRE DISABILITÀ -AMBITO DI PRAIA-SCALEA, AMBITO DI PAOLA E AMBITO DI AMANTEA**

(Deliberazione di Giunta regionale n.571 del 23/12/2021)

**Destinatari** del Centro polivalente sono giovani e adulti con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità con bisogni complessi tra i 14 e i 40 anni

**Dati del soggetto dichiarante**

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

\*Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

**Dati dell’assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)**

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

## CHIEDE

**D'ESSERE AMMESSO ALLA VALUTAZIONE PER L'INSERIMENTO PRESSO IL CENTRO POLIVALENTE "ISOLA DELLA SERENITÀ" PER GIOVANI E ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO ED ALTRE DISABILITÀ CON SEDE IN SAN LUCIDO.**

**LA SEDE DEL CENTRO POLIVALENTE È DA INTENDERSI QUALE LUOGO FINALIZZATO ALLA PRESA IN CARICO E ALL'EVENTUALE EROGAZIONE DI PARTICOLARI TERAPIE PREVISTE DAL PROGETTO DI VITA, ATTESO CHE PERÒ I RESTANTI INTERVENTI POSSANO ESSERE EROGATI ANCHE NELLE ABITAZIONI DI RESIDENZA DEGLI UTENTI**

## DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni.
- di acconsentire alle verifiche che l'ASP o i Comuni intendono eventualmente programmare, presso il domicilio della persona con proprio personale qualificato.

## ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la disabilità e il grado di non autosufficienza/gravità per come previsto dal D.M. 26 settembre 2016 ;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992, in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di 60.000,00 euro ;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia di eventuale Decreto di nomina per Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno;
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

*INFORMATIVA PRIVACY : Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

*DICHIARAZIONE DI CONSENSO Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. n. 364/2016.*

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_