

*Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara – Salcito San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro*

**AVVISO PUBBLICO PER LA REALIZZAZIONE DI UNA PROGETTAZIONE INDIVIDUALIZZATA A VALERE SULLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.2. PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) M5C2.**

**CUP: D24H22000080006**

**MODULO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE in qualità di:**

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)  
 Familiare \_\_\_\_\_  Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno  
(indicare grado di parentela)

di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(cognome) (nome)  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**di poter usufruire del programma previsto per l'investimento 1.2 del PNRR M5C2**

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA che il beneficiario:**

- è in situazione di disabilità (ai sensi della Legge 104/92)
- è residente nei comuni della Regione Molise
- ha un'età compresa tra i 18 anni (compiuti) e i 65 anni (non compiuti)

possiede il seguente titolo di studio:

- Diploma di scuola secondaria di primo grado
- Diploma di scuola secondaria di secondo grado
- Laurea (vecchio ordinamento – triennale – magistrale)
- Altro – specificare \_\_\_\_\_

ha avuto le seguenti esperienze lavorative pregresse:

---

---

Svolge un lavoro  SI  NO

Se SI, quale?

---

---

Segue un corso di studio/formazione professionale  SI  NO

Se SI, quale?

---

---

è in possesso di patente di guida  SI  NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

---

---

è seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari  SI  NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia:

Servizio Assistenza Domiciliare Disabili dell'ATS di Campobasso per numero ore settimanali \_\_\_\_\_ con contribuzione ad ora in € \_\_\_\_\_

Trasporto Sociale gestito da \_\_\_\_\_ per la seguente finalità \_\_\_\_\_

Centro Socio Educativo. Indicare quale \_\_\_\_\_ per numero accessi settimanali \_\_\_\_\_

Contributi economici erogati da \_\_\_\_\_ per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili

Assistenza Domiciliare Integrata dell'ASREM. Motivazione \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

Che l'ISEE ordinario (in corso di validità) del suo nucleo familiare è pari a € \_\_\_\_\_

Che il suo ISEE Socio-sanitario è pari a € \_\_\_\_\_

SI ALLEGANO

- copia documento di identità in corso di validità del richiedente;
- certificato di disabilità ai sensi della Legge 104/92;
- certificato, rilasciato del medico di base, di idoneità all'accesso ai servizi di comunità del richiedente;
- altra documentazione sanitaria attinente alla disabilità della persona richiedente.

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

*Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio*

*Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito*

*San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro*

---

## **Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003**

### **1. Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di Campobasso e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui all'investimento 1.2. percorsi di autonomia per persone con disabilità del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) M5C2'.

### **2. Modalità di trattamento**

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

### **3. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

### **4. Comunicazione dei dati**

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

### **5. Diritti dell'interessato**

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

### **6. Il titolare responsabile del trattamento:**

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di CB, nella persona del Direttore, via Cavour n. 5, 86100 Campobasso.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

**acconsento**

**non acconsento**

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,  
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)