



MODELLO DI DICHIARAZIONE DELL'ASSISTITO

CUP D94H23000300007

**AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI
DELL'AMBITO TERRITORIALE C08**

OGGETTO: POR FSE Campania 2014-2020 - Obiettivo Specifico 9 - Azione 9.3.6 Scheda Intervento 3.2 – D.D. REGIONE CAMPANIA N. 114 DEL 23.03.2023. AVVISO ALLA CITTADINANZA PER LE MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE ALLA MISURA VOUCHER CAREGIVER FAMILIARE.

A cura dell'Assistito/amministratore di sostegno/tutore/curatore

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome _____ -- Cognome _____

nato/a _____ il _____ a _____ Prov. _____

residente in Campania nel Comune di _____ Via / P.zza _____

n.° _____ CAP _____ tel. cell. _____

Codice Fiscale _____

Stato occupazionale: Occupato / Disoccupato / inoccupato / percettore reddito di cittadinanza

In qualità di: Assistito

In qualità di : Amministratore di Sostegno / Tutore / Curatore

Del/della sig./sig.ra Nome Cognome nato/a il a

Prov. residente in Campania nel Comune di _____ Via /P.zza _____

_____ n.° _____;

COMUNICA

che il caregiver familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessito/ di cui necessita l'Assistito nonché per lo svolgimento di tutte le attività amministrative connesse é:

il/la sig./sig.ra Nome _____ Cognome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in Campania nel Comune di _____ Via / P.zza _____

_____ n.° CAP _____ tel. cell. _____

Codice Fiscale _____

AOO CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI AMBITO TERRITORIALE C08
Protocollo Partenza N. 2672/2023 del 14-04-2023
Allegato 2 - Copia Documento



Stato occupazionale: Occupato / Disoccupato / inoccupato / percettore reddito di cittadinanza

DICHIARA

di essere 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 degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del 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;

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR). Si precisa che tali dati saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio in oggetto.

LUOGO E DATA

FIRMA

Allega alla presente

- Documento d'identità in corso di validità



INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)

Da sottoscrivere per presa visione e consenso

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ Titolare e responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Consorzio dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Ambito Territoriale C08, nella persona del legale rappresentante p.t., dott. Davide Fumante), domiciliato per la carica in Via Albana - 81055 Santa Maria Capua Vetere (CE).

▪ Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è il legale rapp.te p.t. .

▪ Finalità e liceità del trattamento

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

▪ Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

▪ Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Consorzio e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti terzi per l'adempimento degli obblighi di legge.

▪ Trasferimento dei dati personali

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

▪ Esistenza di un processo decisionale automatizzato

Il Consorzio non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

▪ Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- 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 o saranno comunicati;
- ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- ottenere la rettifica dei dati;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo segreteria@ambitoterritorialec8.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del procedimento di cui al presente Avviso pubblico.

Data, _____

Firma del dichiarante