**Domanda d’accesso ai Servizi sociali**

**Azienda Speciale Consortile “Penisola Sorrentina” - ATS N33**

**Al Sindaco del Comune di:**

*Spazio riservato alla protocollazione*

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Al Responsabile/Funzionario  
Politiche e Servizi Sociali**

**Al Servizio Sociale Professionale**

**All’Azienda Speciale Consortile  
“Penisola Sorrentina” – ATS N33**

**LL.SS.**

***Sezione Richiedente***

*La presente sezione va compilata con i dati di colei o colui che presenta l’istanza al Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza, presso il quale è possibile trovare supporto e orientamento per la redazione della stessa.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a: | |  | | | | | | | | | | | | | Il: | | |  | | | | | | Prov.: | | ( ) | |
| Stato: | |  | | | | | | | Cittadinanza: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Documento di riconoscimento: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Indicare il tipo (Patente, Carta identità, Passaporto) in corso di validità e allegare obbligatoriamente la copia alla presente istanza* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| Residente a: | | |  | | | | | | | | Indirizzo: | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Telefono: |  | | | | | | | | | Mail: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| In qualità di: |  | Possibile beneficiario diretto del servizio per cui si presenta quest’istanza |
|  | Familiare di riferimento [*se segnato, indicare la parentela (madre, padre, fratello, figlio)*]: |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Tutore o Amministratore di Sostegno |

*Segnare con una X uno solo dei riquadri*

**Chiede**

L’accesso al seguente servizio socio-assistenziali:

CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER MINORI

**In favore di**

***Sezione Beneficiario (Minore)***

***N.B.:*** *per ogni possibile beneficiario è necessario compilare una specifica istanza*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a: | |  | | | | | | | | | | | | Prov.: | | | | ( ) | | | Stato: | |  | | | |
| Cittadinanza: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documento di riconoscimento: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Indicare il tipo (Patente, Carta identità, Passaporto) in corso di validità e allegare obbligatoriamente la copia alla presente istanza* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| Residente a: | | |  | | | | | | | | Indirizzo: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Cellulare: |  | | | | | | | | | Mail: | | |  | | | | | | | | | | | | | |

Visto l’Avviso Pubblico per l’accesso al servizio Laboratori di Educativa Territoriale dell’Azienda Speciale Consortile “Penisola Sorrentina” – Ambito Territoriale Sociale N33, ed il Regolamentio aziendale relativo al Servizio;

Consapevole delle sanzioni e della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito in caso di dichiarazioni mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del **D.P.R. n. 445 del 2000**;

**Dichiara che**

***Sezione Composizione Nucleo Familiare ed altri dati***

*Compilare la sezione indicando i membri presenti nel nucleo familiare del possibile beneficiario, così come da visura anagrafica*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr.* | *Cognome e Nome* | *Età* | *Parentela con il possibile beneficiario* | *Eventuale disabilità* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Il valore dell’**attestazione ISEE**, in corso di validità, del nucleo familiare è pari ad €: |  |

***Sezione Possesso Requisiti del possibile beneficiario***

*Segnare con una X le caselle corrispondenti ai requisiti posseduti*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Punteggi per componenti nucleo familiare*** | | |
| Nucleo familiare monogenitoriale | Punti 3 |  |
|  |  |  |
| Composizione del nucleo (numerosità) *[Barrare una delle seguenti opzioni]* | *4 componenti* – Punti 1 |  |
| *5 componenti* – Punti 2 |  |
| *6 e più componenti* – Punti 3 |  |
|  |  |  |
| Numero di minori di età nel nucleo familiare *[Barrare non più di una delle seguenti opzioni]* | *2 minori* – Punti 2 |  |
| *3 minori* – Punti 4 |  |
| *4 e più minori* – Punti 6 |  |
| ***Condizioni socio-economiche*** | | |
| Valore attestazione ISEE  del nucleo familiare del beneficiario  *[Barrare non più di una delle seguenti opzioni]* | *Da € 0,00 a € 5.862,79* – Punti 10 |  |
| *Da € 5.862,80 a € 11.725,58* – Punti 8 |  |
| *Da € 11.725,59 a € 17.588,37* – Punti 6 |  |
| *Da € 17.588,38 a 23.451,16* – Punti 4 |  |
| *Da 23.451,17 a 31.878,93* – Punti 2 |  |
|  |  |  |
| Situazione abitativa del nucleo  (luogo di residenza abituale del beneficiario)  *[Barrare non più di una delle seguenti opzioni]* | *Regolare contratto di locazione* – Punti 2 |  |
| *Mutuo attivo* – Punti 2 |  |
| ***Punteggi accessori*** | | |
| Famiglia con affido familiare in corso | Punti 2 |  |
| Famiglia adottiva o in affido preadottivo | Punti 2 |  |
| Situazioni di disagio psico-sociale, socio-ambientale, socio-educativo, socio-sanitario, non misurabili attraverso i precedenti parametri rilevato dal SSP di residenza | Punti da 1 a 5  *(compilazione a cura del SSP di residenza)* |  |
| ***Totale punteggio*** | |  |

**Inoltre**

***Sezione Autorizzazioni e Impegni***

* Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy, in base a quanto letto nell’informativa allegata alla presente istanza, di cui al Regolamento Europeo per la protezione dei dati 2016/679 (GDPR);
* Autorizza i Servizi Sociali Comunali e l’Ufficio di Piano dell’ASPS “Penisola Sorrentina” – ATS N33 – a fornire i recapiti utili ai prestatori scelti per l’erogazione dei servizi;
* COMUNICA Di voler partecipare al servizio :

□dal 01/07/2024 al 26/07/2024 (1° TURNO)

□ dal 29/07/2024 al 23/08/2024 (2° TURNO)

□ dal 01/07/2024 al 23/08/2024 (INTERO PERIODO)

* DICHIARA Di aver preso visione del Programma Organizzativo per l’erogazione del Servizio e del Relativo Regolamento e pertanto Comunica di voler scegliere il seguente prestatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa a proprio carico dovrà essere versata attraverso la piattaforma tecnologica PagoPA, collegandosi al sito www.aspspenisolasorrentina.it, entro la data di scadenza del Bando di Accesso al Servizio;
* Di essere consapevole del fatto che l’erogazione delle prestazioni previste dal Servizio è subordinata all’effettiva partecipazione alla spesa. La mancata partecipazione alla spesa entro la data di scadenza del Bando di Accesso, comporta l’esclusione della presente domanda di accesso, in quanto incompleta.
* Di essere consapevole che, qualora intendesse rifiutare l’erogazione del Servizio, è tenuto a presentare formale rinuncia scritta presso l’Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza, prima della data di avvio del servizio e/o del periodo di erogazione di riferimento.

Si precisa che, qualora la domanda di accesso non fosse collocata utilmente in graduatoria, e/o il cittadino presentasse formale rinuncia scritta prima dell’avvio del servizio e/o del periodo di riferimento, potrà richiedere il rimborso totale della quota di compartecipazione versata, compilando l’apposito modulo presente sul sito http://www.aspspenisolasorrentina.it.

***Sezione Allegati***

*Allegare alla presente istanza i documenti obbligatori di seguito indicati*

Si allega:

* Copia del Documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
* Copia del Documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario (se diverso dal richiedente – in caso di minore privo di C.I., allegare copia del C.F.);

*In alternativa, per cittadini stranieri, copia permesso di soggiorno EXTRA UE o permesso soggiorno UE*

* Attestazione ISEE in corso di validità (Se non allegata si considera la compartecipazione più alta);
* copia della ricevuta del versamento della quota di compartecipazione a proprio carico
* In caso di richiedente titolare di protezione giuridica (*obbligatorio*):
* Atto nomina Autorità Giudiziaria competente;
* Altro (indicare eventuali altri allegati):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo e Data** |  | **Firma** |

**INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile cittadino, la presente informativa è resa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Generale UE sulla Protezione dei Dati personali (RGPD) e ha lo scopo di informarLa sulle modalità di trattamento dei Suoi dati personali che avverrà in base ai principi di liceità, correttezza e trasparenza.

**1. Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è l’Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona “Penisola Sorrentina” (ASPS) avente sede in Via degli aranci, 41 – 80067 Sorrento (NA) (C.F.: 09025691214).

PEO: [pszn33@gmail.com](mailto:pszn33@gmail.com) PEC: [asps-penisolasorrentina@pec.it](mailto:asps-penisolasorrentina@pec.it)

**2. Responsabile della protezione dei dati (RPD)**

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo: [responsabileprotezionedati@pszn33.it](mailto:responsabileprotezionedati@pszn33.it)

**3. Finalità, base giuridica e durata del trattamento**

I **dati personali** oggetto del trattamento sono: a) dati comuni (dati anagrafici, dati di contatto, informazioni relative al nucleo familiare, informazioni relativi all’attività lavorativa, dati fiscali); b) dati particolari ai sensi dell’art. 9 RGPD (dati sanitari).

La **finalità** del trattamento è l’erogazione del servizio da parte del Titolare del trattamento. Nel caso di rifiuto a comunicare i dati richiesti, non sarà possibile procedere con l’erogazione del servizio.

Per quanto riguarda le **basi giuridiche** su cui si fonda il trattamento, esse sono:

* Per il punto a), il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale a cui è soggetto il Titolare del trattamento e per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare stesso (art. 6, co.1, lett. C) e E) RGPD);
* Per il punto b), il trattamento è necessario per assolvere obblighi ed esercitare diritti del Titolare del trattamento o dell’Interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale e per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale o per la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (art. 9, co. 2, lett. B) e H) RGPD).

**4. Durata del trattamento**

I dati saranno conservati per tutto il tempo necessario alla realizzazione delle finalità riportate in Avviso e Istanza.

**5. Destinatari dei dati**

I dati possono essere comunicati a Enti, società o soggetti che svolgono attività di consulenza, fornitura o collaborazione con il Titolare del trattamento per la realizzazione della finalità di cui al punto 3) o che possono accedere ai dati in forza della normativa nazionale o europea. Tutti questi soggetti sono stati nominati Responsabili del trattamento il cui elenco è presente in sede.

**6. Trasferimento dei dati**

I dati sono conservati in server che hanno sede in Unione Europea.

**7. Diritti degli Interessati**

In quanto Interessato del trattamento, Lei può esercitare i seguenti diritti scrivendo al Titolare del trattamento o Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi sopra indicati.

**Diritto di accesso (art. 15 RGPD)** - L’Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di accedere ai dati personali e di essere informato su finalità e durata del trattamento, sulle categorie di dati personali oggetto del trattamento e gli eventuali destinatari e sui diritti che può esercitare.

**Diritto di rettifica (art. 16 RGPD) -** L’Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano.

**Diritto di cancellazione (art. 17 RGPD) -** L’Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato motivo, a patto che non ricorrano specifici motivi.

**Diritto di limitazione del trattamento (art. 18 RGPD) -** L’Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando: contesta l’esattezza dei suoi dati personali; il trattamento è illecito; per consentirgli di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria; l’Interessato si è opposto al trattamento.

**Diritto alla portabilità dei dati (art. 20 RGPD) -** L’Interessato ha il diritto di ricevere dal Titolare del trattamento i dati personali che lo riguardano in un formato strutturato, di uso comune e leggibile e di trasmettere questi dati ad un altro Titolare del trattamento.

**Diritto di opposizione (art. 21 RGPD) -** L’Interessato ha diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, compresa la profilazione

**Diritto di proporre reclamo (art. 77 RGPD)** - L’interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali per lamentare una violazione della disciplina in materia e di richiedere quindi una verifica da parte dell’Autorità.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo e Data** |  | **Firma** |