

**AMBITO TERRITORIALE N°1 GARBAGNATE MILANESE
PIANO SOCIALE DI ZONA**

**Comuni di Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Novate Milanese, Paderno
Dugnano, Senago, Solaro**

Al Comune di



**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
PER L'ANNO 2009**

(modulo da compilare dattiloscritto o in stampatello)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a: _____ prov. di _____ il _____
residente in via/piazza _____ n° _____
comune di _____ CAP _____ prov. di _____
telefono ____ / _____

CHIEDE

L'assegnazione del BUONO SOCIALE per l'ANNO 2009, per sostenere le cure atte ad assicurare la permanenza a domicilio. A tal fine, consapevole che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere stato riconosciuto/a invalido/a al 100% come da verbale numero _____ in data _____ rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di _____
- di percepire l'indennità di accompagnamento dal _____
- di non percepire analoga provvidenza in altra zona e/o altro ente;

- di non essere ricoverato in RSA o in altre strutture di degenza permanente;
- di non frequentare un Centro Diurno Integrato;
- che la composizione familiare è la seguente (come da stato di famiglia):

GRADO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	VERBALE INVALIDITA' (numero,data, ASL certificante)	PERCENTUALE INVALIDITA' (eventuale)
Richiedente				

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- che il familiare indicato qui di seguito provvederà ad amministrare il buono sociale per sostenere le cure necessarie ad assicurare la mia permanenza a domicilio e provvederà altresì a dare tempestiva comunicazione di variazioni, come previsto dal volantino informativo, di cui ha preso visione:

Signor/Signora (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a: _____ prov. di _____ il _____
residente in via/piazza _____ n° _____
comune di _____ CAP _____ prov. di _____
telefono _____ / _____ carta identità _____
rilasciata dal Comune di _____ grado di parentela _____

- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 76, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

Allega alla presente:

- Dichiarazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
- Certificato di invalidità civile del richiedente e di eventuale coniuge o familiare non autosufficiente
- Certificato del medico curante rilasciato sul modulo allegato.
- Modulo eredi compilato.

SCEGLIE

ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

direttamente sul conto corrente bancario numero _____

intestato a: _____

Banca _____ Agenzia _____

Comune _____

Codice IBAN _____

presso la Tesoreria del Comune di Garbagnate Milanese, Ag. 175 Banca Popolare di Milano, Via Verdi, Garbagnate Milanese, indicando i seguenti dati della persona che ritirerà il buono:

Nominativo _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Città _____

Codice fiscale _____

Luogo, data _____

In fede*

- Per il richiedente impossibilitato a firmare, la sottoscrizione può essere effettuata da un familiare (specificando la relazione di parentela) e allegando fotocopia di un documento di identità.

Con l'entrata in vigore del D.Lgs. 196/2003, recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, il Comune di Garbagnate Mil.se, con sede in P.zza De Gasperi, 1 , in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nonché della sua dignità.

Ai sensi dell'art. 13 della predetta legge, Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

- **I dati da lei rilasciati saranno utilizzati ai fini della concessione del buono sociale**

- Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e/o informatici. I dati sono raccolti all'interno dell'ufficio competente ed in ogni caso trattati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

- Categorie di soggetti ai quali i dati vengono comunicati

Per motivi di legge, o di regolamento, i dati personali vengono comunicati agli enti ed agli uffici pubblici legittimati al trattamento, come:

- Altre amministrazioni pubbliche
- Enti locali
- Enti previdenziali ed assistenziali
- Familiari dell'interessato
- Uffici giudiziari

I dati sensibili saranno trattati compatibilmente ed esclusivamente per lo scopo oggetto della presente richiesta.

Si informa inoltre che "Titolare" del trattamento è il Comune di Garbagnate Mil.se rappresentato ai fini del D.Lgs. 196/2003 dal Sindaco pro tempore .

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Funzionario Franca Focosi

Al responsabile del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/03.

In relazione alla suddetta Informativa, prendo atto ed autorizzo a che i dati personali forniti vengano trattati, diffusi e comunicati per lo svolgimento degli adempimenti relativi alle suesposte finalità dell'Informativa.

Firma dell'interessato

RISERVATO AL COMUNE

Data di presentazione _____ Protocollo n° _____