AL COMUNE DI PALERMO
UFFICIO SERVIZI DI BASE E DISABILITA'
U.O. SOSTEGNO E INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ
Via F. Taormina, 1
90128 - PALERMO
Tel. 0917409451 – 0917409469 - 0917409470
inclusionedisabilita@comune.palermo.it
settoreservizisocioassistenziali@cert.comune.palermo.it

Oggetto: ***ISTANZA PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO***
(ex art. 18 D.lgs 3 maggio 2024, n. 62 "Politiche in materia di Disabilità")

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

*Cognome*_____*Nome*_____ *nato/a il* _____

a _____ *Prov.* _____ *residente in* _____ *Via / P.zza* _____ *n.°* _____ *CAP*_____ *domiciliato presso*_____*CAP*_____*tel.*_____*cell.*_____

Indirizzo email _____

*Codice Fiscale*_____

Stato civile[1] _____ *Cittadinanza*[2]*:*

☐ *cittadino italiano;*
☐ *cittadino comunitario;*
☐ *familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n.*_____ *rilasciato da* _____*con scadenza il* _____*;*
☐ *cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n.*_____ *rilasciato da* _____*con scadenza il* _____ *o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data* _____*;*
☐ *titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)* _____*;*
☐ *titolare di status di protezione sussidiaria* _____*;*

[1] Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

[2] Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'
(da compilare solo se necessario)

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela_____ specificare_____ In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____ nato/a il _____ a _____ Prov. _____ e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP_____ tel. _____Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

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.

CHIEDE

in qualità di persona con disabilità o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome_____/Cognome_____), come sopra rappresentata, alla valutazione effettuata da parte dell'UVM territorialmente competente, per l'elaborazione e la realizzazione del Progetto di Vita Individualizzato e Partecipato.

A tale fine

DICHIARA

☐ ***DI VOLER PARTECIPARE*** *ALLA STESURA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO*

☐ ***DI PROPORRE*** *IL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO*

DICHIARA INOLTRE

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	*Cognome*	*Nome*	*Relazione*	*Luogo di nascita*	*Data di Nascita*	*Attività/Lavoro*
I°						
II°						
III°						

CONDIZIONE DI DISABILITA'

□ *di essere in possesso di* ***attestazione di condizione di disabilità ex art. 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104*** *rilasciata in data ___/___/___ da _____.*
Con verbale n.
_____ □ comma 1 □ comma 3

o *di essere in possesso della certificazione di base con riconoscimento della condizione di disabilità*

Diagnosi

_____

_____

E' in possesso di una valutazione cognitiva SI NO

E' in possesso di una valutazione funzionale SI NO

Specificare inoltre:

Altre patologie/comorbilità_____

Farmaci_____

Protesi/ausili/presidi_____

Cognome e Nome del medico curante _____tel._____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____tel._____

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ***ISEE*** *del valore di:* ***€*** *_____ in corso di validità*

Il/la sottoscritto/a Nome_____ Cognome _____in qualità di persona con disabilità o il/la sottoscritto/a Nome_____ Cognome _____in qualità di legale rappresentante della persona con disabilità (nome_____ cognome_____)

DICHIARA

TIPO	*SI*	*NO*
Certificato di riconoscimento della condizione di disabilità		
L. 104/1992 art. 3, comma 1		
L. 104/1992 art. 3, comma 3		
Invalidità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento)	.	
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"		
Riconoscimento disabilità ad elevata intensità di cura ex DM 26 settembre 2016		
Legge 112/2016 DOPO DI NOI		
Patto di Servizio ai sensi L.R. 08/17. Art.9		
Vita Indipendente		
Altro		

di voler realizzare il seguente ***progetto di vita individualizzato e partecipato:***

I. ***Obiettivi di vita che si intendono perseguire*** *connessi a connessi a 1) apprendimento, socialita' ed affettivita', 2) formazione, lavoro, 3) casa e habitat sociale, 4) salute* _____:

_____

_____

_____

II. ***Condizione attuale****:*

- *Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: SI NO*
- *Svolgimento di uno stage formativo/lavorativo: SI NO*
- *Svolgimento di un lavoro SI NO*

Se SI, quale _____

Specificare tipologia contratto _____

- *Frequenza di un corso di studio SI NO*

Se SI, quale _____

Presso _____

- *Possesso di patente di guida SI NO*

Rilasciata da _____ *data di scadenza* _____;

*Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta*_____

- *beneficia di sostegni (servizi, interventi, prestazioni, benefici) sociali, socio-sanitari, sanitari: SI NO*

Se SI, specificare di quali beneficia (es. ADI, assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, progetto riabilitativo, integrazione scolastica, ...) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare) _____

_____

_____

I. ***Bisogni-desideri-aspettative e preferenze della persona****:*

_____

_____

_____

_____

▪ *Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di vita: SI NO* ▪ *Presenza di un'assistente personale SI NO se si N. ore settimanali*_____ ▪ *Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto di :*

*Città*_____ *Via/P.zza* _____*vani n.* _____*Breve descrizione* _____

☐*Di proprietà (o con mutuo)*

☐*In uso gratuito*

☐*Usufrutto*

☐*In affitto con contratto canone previsto nel contratto €* _____

☐*Altro, specificare*_____

Presenza servizi igienici adeguati SI NO

Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI NO

Presenza di barriere SI NO

Se SI, specificare:

*Esterne*_____

*Interne*_____

DICHIARA INOLTRE

- ***di individuare la*** *persona di supporto, prevista dall'art. 22 Dlgs 62/2024 il/la Sig./Sig.ra_____ tel._____*
- ***di richiedere, l****a presenza in Unità di Valutazione UVM dei soggetti di cui all'art 24 c. 3 e segnatamente*

_____

- - ***di essere consapevole*** *che la sottoscrizione del progetto di vita é soggetta*

.....

In relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, le notizie e le dichiarazione acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che il Sig./Sig.ra_____autorizza

Data _____ *Firma* _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;

di avere preso visione della informativa in calce riportata in ordine al trattamento dei dati dallo stesso forniti **e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

Si allega alla presente:

1. *copia del documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria;*
2. *verbale della commissione accertamento legge n.104/92, verbale invalidità civile, L 68/99 o certificato di valutazione di base.*
3. *Nei casi di persone con disabilità rappresentate da terzi, copia del provvedimento di nomina;*
4. *certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente.*

Il/la sottoscritto/a_____, nato a _____ il _____

DELEGA alla consegna della presente istanza

il/la Sig./ra_____ nato/a _____ il _____

(consegnare copia di un documento di riconoscimento del delegante e del delegato.

Luogo e data _____ Firma del delegante

_____

Il/la richiedente consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- che le copie dei documenti allegati sono conformi agli originali;
- di prendere atto della seguente informativa sul trattamento dei dati personali:

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa

Informativa rilasciata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

1. Finalità del trattamento: Il Titolare del trattamento dei suoi dati personali è il Comune di Palermo n.q. del Sindaco pro-tempore, con sede legale in Palermo, Piazza Pretoria n.1, email: protocollo@comune.palermo.it, per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali, dei compiti di svolgimento **dell'U.O. Interventi Persone con disabilità'** è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi. I Suoi dati personali da Lei forniti o raccolti da altri titolari del trattamento saranno raccolti e trattati per le sottoelencate finalità istituzionali di cui alla Sua istanza.

2. Natura del conferimento: La raccolta di questi dati personali è obbligatoria- **ex art. 18 D.lgs 3 maggio 2024, n. 62 "Politiche in materia di Disabilità-** in quanto risulta necessaria per lo svolgimento dei servizi richiesti, pertanto la loro mancata indicazione comporterà l'impossibilità ad attivare le procedure e le operazioni amministrative connesse.

3. Modalità del trattamento: Il procedimento di cui alla presente istanza comporta il trattamento di dati comuni e, nell'ambito di specifiche attività, di particolari dati (sensibili anche relativi alla salute e giudiziari). I dati sono trattati in modalità: **Cartacea** e quindi raccolti in schedari debitamente custoditi con acceso riservato al solo personale appositamente designato l'ubicazione di questi archivi cartacei è presso gli uffici. **Informatica**, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche il cui accesso è riservato al solo personale appositamente designato; sia la struttura di rete, che l'hardware che il software sono conformi alle regole di sicurezza imposte per le infrastrutture informatiche. L'ubicazione fisica dei server è all'interno del territorio dell'Unione Europea. I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento. Rispetto alla raccolta ed all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), i dati personali oggetto del presente trattamento sono stati acquisiti direttamente dall'interessato o da altra fonte pubblica o pubblica amministrazione. Il trattamento dei dati in oggetto essendo obbligatorio per legge non ha scadenza.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di:

Incaricati: Potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra. La titolarità di questo trattamento è del Comune di Palermo. Il trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta dei soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quatordecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

Destinatari: I destinatari delle sue informazioni personali possono essere, oltre agli incaricati, tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi, a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento dell'attività richiesta e nei modi e per le finalità sopra illustrate.

5. Diritti dell'interessato: Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta al Comune di Palermo in qualità di Titolare, oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") e-mail: rpd@comune.palermo.it

6. Titolare e Responsabili del trattamento: Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Palermo con domicilio eletto presso la sede istituzionale in Piazza Pretoria 1 90133 Palermo (PA), Rappresentato nella qualità dal Sindaco pro-tempore.

7. Dati di Contatto del Data Protection Officer: Il Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") può essere contattato tramite e-mail: rpd@comune.palermo.it

8. Reclamo all'Autorità Garante: In ultima istanza, oltre alle tutele previste in sede amministrativa o giurisdizionale, è ammesso comunque il reclamo all'Autorità Garante, nel caso si ritenga che il trattamento avvenga in violazione del Regolamento citato.

Luogo e data ……. Firma

……..……..……