

Al C.I.S.A. di RIVOLI
Via Nuova Collegiata 5 - 10098 – RIVOLI

DOMANDA DI ADESIONE AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE			
COGNOME		NOME	
		SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA	DATA DI NASCITA
COMUNE DI RESIDENZA		INDIRIZZO	
<input type="checkbox"/> Rivoli - <input type="checkbox"/> Rosta - <input type="checkbox"/> Villarbasse		N	
Titolo di studio		<input type="checkbox"/> scuola elementare <input type="checkbox"/> scuola media <input type="checkbox"/> tit professionale <input type="checkbox"/> diploma <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> altro	
L 104/92 riconoscimento disabilità grave <input type="checkbox"/> si - <input type="checkbox"/> no			
Invalido civile:			
Diagnosi accertata			
CODICE FISCALE			
! ! ! ! ! ! ! ! !			
E mail		INDIRIZZO PER COMUNICAZIONE SE DIVERSO DA	
Le comunicazioni del Cisa dovranno essere inviate al seguente n° di cellulare-→			
IBAN per eventuali pagamenti	! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !		

CHIEDE DI ADERIRE AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Motivazioni personali

Sono già stato inserito in progetti di Vita Indipendete si no

Se si indicare gli anni

Eventuale
situazione
occupaziona

dipendente lavoratore autonomo

studente pass tirocini altro

non occupabile

Indicare/elencare

Condizioni familiari, se si vive soli o in famiglia. Se nel nucleo vi sono altre persone con disabilità,e/o genitori in età avanzata e/o precarie condizioni di salute

Condizioni abitative e ambientali che presentano barriere architettoniche e/o prive di adattamenti degli spazi domestici e/o ubicate in aree decentrate e con scarsa accessibilità ai servizi

Servizi già presenti quali: Assistenza domiciliare, educativa e/o contributi per l'assistenza domiciliare, contributi economici o altri

Condizioni particolari che si vuole portare a conoscenza della Commissione

Prestazioni richieste all'assistente familiare/operatore di agenzia- monte ore settimanali

Allega i seguenti documenti :

Attestazione Isee socio sanitaria 2018 - pari a €

DICHIARO INOLTRE

- ai fine della Legge 675/96, di essere consapevole che il Cisa dovrà attuare le verifiche previste dalla normativa vigente e potrà a tal fine utilizzare le informazioni da me rese;
- che quanto sin qui dichiarato sotto la mia responsabilità corrisponde al vero.
- di sapere che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti con le sanzioni penali richiamate nell'art. 26 della L. 15/68 e s.m.i

DATA	FIRMA DEL DICHIARANTE

Informativa sulla Tutela dei dati personali (Privacy) – D.Lgs. 196/2003

Il Consorzio informa che il trattamento dei dati personali dell'assistito verrà effettuato esclusivamente nell'ambito dell'attività istituzionale del Consorzio medesimo, come previsto per legge. Nessun altro uso dei suddetti dati verrà effettuato dal Consorzio, che agli effetti del D.Lgs. 196/2003 deve essere considerato unico titolare del trattamento in oggetto.

Ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 196/2003, si evidenzia che l'eventuale trattamento di dati sensibili da parte del Consorzio avverrà esclusivamente per finalità istituzionali, in quanto autorizzato da espressa disposizione di legge in relazione alle finalità di rilevante interesse pubblico perseguite dal Consorzio.

AUTORIZZO

Il Consorzio ad inviare via SMS o e-mail tutte le comunicazioni relative alla presa in carico del sottoscritto e del proprio nucleo familiare, ritenendo tale mezzo di comunicazione valido e sufficiente.

Confermo che il proprio numero di telefono cellulare e/o la propria casella di posta elettronica Sono quelli riportati in prima pagina

Si impegna inoltre ad informare lo stesso Consorzio dell'eventuale cambiamento del numero del proprio telefono cellulare e/o indirizzo di posta elettronica.

DICHIARO

di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

I dati possono essere comunicati a tutti i soggetti (Uffici Comunali, Asl; organi della Pubblica Amministrazione, Associazioni di volontariato, Cooperative con cui il Consorzio collabora) che, secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli, nonché a soggetti che devono o possono intervenire nel procedimento amministrativo o nel progetto di aiuto.

DATA	FIRMA AUTORIZZAZIONE/CONSENSO

In caso di invio tramite posta o email allegare fotocopia carta d'identità

Per consegna a mano

Questa dichiarazione è stata resa al sottoscritto dall'interessato e l'identità è stata accertata tramite:

Tipo di documento n°

rilasciato da in data

L'interessato è impossibilitato a firmare in quanto

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO RICEVENTE