



**DOMANDA DI NUOVO ACCESSO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome:

Residente a _____ prov. (_____) CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____

e-mail _____

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ anziano
- ☐ disabile

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

- ☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)
- ☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
- ☐ in via esclusiva
- ☐ in modo congiunto
- ☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Nome e cognome:

Residente a _____ prov. (_____) CAP _____

codice fiscale _____

Tel. _____

e-mail _____



Piano di Zona L. 328/00	Ambito Territoriale di Azzate <i>Aderiscono i Comuni di</i> Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino, Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio, Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.
-----------------------------------	---

CHIEDE

- ☐ MISURA SOSTEGNO al caregiver familiare **STRUMENTO A)**
- ☐ MISURA SOSTEGNO PER ASSISTENTE FAMILIARE **STRUMENTO B)**
- ☐ MISURA SERVIZI **STRUMENTO C)**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso di Invalidità con scadenza _____
- ☐ di essere in possesso di Legge 104/92 art. 3, comma 3 con scadenza _____
- ☐ di essere in possesso di accompagnamento
- ☐ **i DATI RELATIVI AL CAREGIVER**

NOME _____ COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

DISTANZA DALLA RESIDENZA DELL'ASSISTITO KM _____

TEL: _____

MAIL _____

INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI ASSISTENZA GIORNALIERA E BARRARE CON CROCETTA O SI O NO

le tipologie di assistenza erogate dal CAREGIVER

- ✓ n. ore _____
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Igiene Personale (compreso il vestire/svestire e/o gestione continenza): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti,...): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Gestione Terapia (compresa farmacologica, di supporto, nutrizionale, respiratorio, ...): **SI o NO;**
- ✓ Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare: Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema): **SI o NO**





Esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati. Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante INVALIDITA', LEGGE 104/92 E/O ACCOMPAGNAMENTO;
- ☐ PAI/VALUAZIONE MULTIDISCIPLINARE/PROGETTO

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

- | |
|--|
| Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente |
| |

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

Via C.B.Castellani n. 1 - 21022 Azzate
tel. 0332.456354- fax. 0332.458738 / C.F.-P.IVA 00308140128
e-mail pianodizona@comune.azzate.va.it – Pec comunediazzate@postemailcertificata.it

