

**DOMANDA DI PROSECUZIONE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI ai sensi della DGR XII/6320/2026**

**Spett. le Ufficio di Piano Ambito di Lodi  
U.O. Misure Regionali  
Via Fanfulla, 14 - Lodi**

**e-mail:** [protocollo.misureregionali@ufficiodipiano.lodi.it](mailto:protocollo.misureregionali@ufficiodipiano.lodi.it)

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ diretto interessato

**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:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la continuità del progetto individuale in essere**

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**

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐

*(se sì, saltare punto 2)*

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario

☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi

☐ sostituzione del caregiver familiare

☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

☐ contatti per le comunicazioni

nominativo \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

☐ dai relativi all'IBAN *(compilare pag. 3)*

**CONFERMA**

3. il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐

4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale  
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐
5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐
6. i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐
7. contatti per le comunicazioni SI ☐
8. dai relativi all'IBAN SI ☐

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 le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata
- ☐ solo per minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già gravissimi) relazione specialistica aggiornata (ogni 2 anni)

Luogo e data

Firma <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
firma del dichiarante

\_\_\_\_\_  
firma dell'altro genitore in possesso della  
responsabilità genitoriale

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

**COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)**

*Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione*

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

[illegible]

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatari)

☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

**In caso di soggetto minorenne** intestato/cointestato ai seguenti genitori

**Genitore A**

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]