



75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

## DICHIARA

1. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR 3-3084/2021
2. di essere già stato valutato dalla competente commissione  U.V.G.  U.M.V.D ed essere stata definita persona "non autosufficiente"; di essere in lista per prestazioni domiciliari di cui alla DGR 3-2257/2020 o per un inserimento in struttura residenziale;
3. di essere persona con disabilità  grave  gravissima (art 3 Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali n. 280/2016);
4. che il proprio nucleo familiare ha subito una riduzione della capacità di sostegno alla persona non autosufficiente nel periodo 1 marzo 2020 - 30 giugno 2021 a causa di una o più delle seguenti condizioni:

perdita del lavoro avvenuta nel periodo 1 marzo 2020 - 30 giugno 2021, senza riacquisizione del posto di lavoro al momento della presentazione della domanda;

Indicare: ultimo datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Data cessazione del rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

cassa integrazione di almeno 90 giorni nel periodo di riferimento (1 marzo 2020 – 30 giugno 2021), senza successivo rientro lavorativo;

cessazione della propria attività lavorativa con partita IVA durante il periodo di riferimento (1 marzo 2020 - 30 giugno 2021);

Indicare: data chiusura attività \_\_\_\_\_  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_

decesso del congiunto con reddito non inferiore ai 15.000,00 lordi annui;

Indicare: data del decesso \_\_\_\_\_  
Reddito lordo annuo 2020 \_\_\_\_\_



IBAN : (si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)


Luogo e data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Nota informativa  
INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del  
Regolamento Europeo n.679/2016**

Ai sensi di quanto previsto dall’art. 13 del G.D.P.R. (General Data Protection Regulation) 679/2016 l’ASL AL - Servizio Socio Assistenziale in qualità di titolare del trattamento è tenuto a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei dati personali (es: dati identificativi, anagrafici, economici) e dati sensibili (es: stato di salute).

Il trattamento sarà effettuato in base ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e sarà effettuato tramite l’utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza utilizzando supporti sia cartacei che strumenti elettronici.

Il trattamento, la diffusione e la comunicazione dei dati personali forniti, o comunque acquisiti, sono finalizzati al procedimento di concessione dell’intervento richiesto, in base alle competenze attribuite dalla normativa sui servizi sociali. Il trattamento dei dati avverrà in modo comunque da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

La comunicazione dei dati è facoltativa, ma necessaria e indispensabile per l’istruttoria richiesta. La mancata indicazione dei dati può comportare la non concessione dell’intervento



Sede legale: Via Venezia 6  
15121 Alessandria  
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

richiesto.

La normativa vigente (artt. 7 – 10 D. Lgs. 196/2003 e artt. 7 – 15 -22 G.D.P.R. 679/2016) garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati forniti, a richiederne l'aggiornamento e l'integrazione o la cancellazione.

Il titolare del trattamento dei dati è l' ASL AL – Servizio Socio Assistenziale nella persona del Direttore del Servizio Socio Assistenziale.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

Firma per consenso al trattamento dati

---

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- ISEE socio-sanitario 2021