	Direzione Sociale	data di emissione: 15.10.2009	ALLEGATO 1 P-PRO SV-DOM
	MODULO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO	revisione n°: 00	Pag 1 di 4

Spettabile
A.S.L. della Provincia di Varese
U.O. ACQUISTO PRESTAZIONI SS e SA
V.le O. Rossi n. 9
21100 – VARESE

Il/la sottoscritto/a _____ sesso M F
 CF _____
 nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
 residente a _____ Prov. _____
 in Via _____
 domiciliato a _____ Prov. _____
 in Via _____
 tel. abitazione _____ cel. _____

IN QUALITÀ DI:

- tutore/curatore/ amministratore di sostegno
- erede
- altro (specificare).....

del Sig./a _____ sesso M F
 CF _____
 nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
 residente a _____ Prov. _____
 in Via _____
 domiciliato a _____ Prov. _____
 in Via _____
 tel. abitazione _____

con riferimento ai contenuti della D.G.R. n.VIII/010160 del 16 settembre 2009 “Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da sclerosi laterale amiotrofica....”, ai criteri di diagnosi definiti nelle linee guida allegate alla D.G.R. 6220/2007 e relativa circolare attuativa, e ai criteri di ammissibilità di cui alla D.G.R. 7915/2008 e relativa circolare attuativa


CHIEDE

a codesta Spettabile ASL di poter usufruire del contributo mensile di € 500,00 per l'assistenza a domicilio di persona in stato vegetativo a partire dal _____ (data successiva al 1° luglio 2009)

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 15/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il Sig./a _____, è persona in stato vegetativo secondo i criteri definiti nelle linee guida allegate alla D.G.R. 6220/2007;
- che la/e persona/e individuata/e quali care givers è/sono:

	Direzione Sociale	data di emissione: 15.10.2009	ALLEGATO 1 P-PRO SV-DOM
	MODULO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO	revisione n°: 00	Pag 2 di 4

1) il Sig./a _____ sesso M F
CF _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
residente a _____ Prov. _____
in Via _____
domiciliato a _____ Prov. _____
in Via _____
tel. abitazione _____ cel. _____


2) il Sig./a _____ sesso M F
CF _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
residente a _____ Prov. _____
in Via _____
domiciliato a _____ Prov. _____
in Via _____
tel. abitazione _____ cel. _____

3) il Sig./a _____ sesso M F
CF _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___
residente a _____ Prov. _____
in Via _____
domiciliato a _____ Prov. _____
in Via _____
tel. abitazione _____ cel. _____

- di essere a conoscenza che l'ASL, ai sensi dell'Art. 71, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, la restituzione delle somme indebitamente percepite in base e la segnalazione alle Autorità Competenti in base alle norme vigenti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'U.O. Acquisto Prestazioni Socio Sanitarie e Socio Assistenziali dell'ASL qualsiasi variazione che comporti la revoca/sospensione del contributo mensile (decesso, ricovero a tempo indeterminato presso: RSA, RSD, Strutture Riabilitative, Hospice, Comunità Alloggio Socio Sanitarie per persone con disabilità "CSS") per tutto il periodo di ricovero;
- di scegliere, ai fini dell'accredito del contributo mensile di € 500,00, una delle seguenti modalità di pagamento:
 - a) a mezzo di bonifico bancario, indicando le coordinate bancarie del titolare del conto corrente;
IBAN _____
 - b) a mezzo di assegno bancario circolare intestato all'avente diritto;
- Che la persona delegata alla riscossione del contributo mensile è il Sig/ra : _____, in qualità di _____

_____ data

_____ il richiedente

	Direzione Sociale	data di emissione: 15.10.2009	ALLEGATO 1 P-PRO SV-DOM
	MODULO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO	revisione n°: 00	Pag 3 di 4

ALLEGATI

- documentazione clinica a supporto della diagnosi di Stato Vegetativo secondo i criteri definiti nella DGR 6220/2007;
- copia del verbale di accertamento di invalidità civile con diagnosi;
- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia del codice fiscale del richiedente;
- copia della nomina del tribunale a tutore/curatore/amministratore di sostegno;
- procura/dichiarazione sostitutiva di atto notorio predisposta dai coeredi
- autocertificazione di essere l'unico erede

NB. Se la persona in Stato Vegetativo è deceduta in data successiva al 1° luglio 2009, il contributo mensile può essere richiesto anche da un solo erede purchè in possesso di procura predisposta dagli altri coeredi, anche sottoforma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio o di autocertificazione di essere l'unico erede della persona in Stato Vegetativo deceduta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI – INFORMATIVA ALL'UTENZA

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Utente, La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda. I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.


La informiamo inoltre, che i dati forniti **non verranno da noi diffusi** a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno **da noi comunicati** ai seguenti soggetti determinati:

- agli Operatori degli Uffici di questa ASL, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda;
- alle Società, Enti / Aziende che, per conto di questa ASL, sono accreditate per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario nell'ambito del territorio provinciale, nominate Responsabili del trattamento dei dati personali con nota Prot. n 2006/014DGL0104720 del 30 ottobre 2006 del Servizio Affari Generali e Legali di questa ASL;
- agli Enti / Aziende pubbliche o private che erogano prestazioni medico specialistiche in convenzione con questa ASL;
- alle Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ASL, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Azienda od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- ai 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;
- agli operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente, rivolgendosi al Responsabile del trattamento di seguito riportato:

	Direzione Sociale	data di emissione: 15.10.2009	ALLEGATO 1 P-PRO SV-DOM
	MODULO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI PERSONA IN STATO VEGETATIVO	revisione n°: 00	Pag 4 di 4

Responsabile.....

Sede.....

Indirizzo.....

ASL della Provincia di Varese

Il Titolare del Trattamento
IL DIRETTORE GENERALE
F.to Dott. Pierluigi Zeli

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza a meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) *l'attenzione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
 - a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
 - b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Io sottoscritto.....

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 autorizzo l'ASL di Varese a sottoporre a trattamento i dati personali/sensibili che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività di assistenza domiciliare tramite Voucher Socio Sanitario nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, comunicazione e diffusione, per iscritto con nota informativa posta sul retro, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

Luogo e data

firma

Autorizzo altresì l'ASL di Varese a comunicare i dati sensibili relativi allo stato di salute, ove necessari per la realizzazione di modelli di assistenza integrata con i servizi socio-assistenziali del Comune/Ufficio di Piano di riferimento.

Luogo e data

firma