

Al Comune di \_\_\_\_\_

SEDE

All'Ufficio di Piano del Magentino

Piazza Formenti 1

Magenta

**DOMANDA PER LA CANDIDATURA AL PROGETTO "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON  
DISABILITA'"**

**RICHIEDENTE**

Cognome		Nome			
Indirizzo residenza					
CAP		Comune		Prov.	
Telefono		Cellulare			
email					
codice fiscale					
Comune di Nascita		Prov.			
Nazione di Nascita		Data di Nascita	/ /		
Cittadinanza (Nome Stato)					

**In qualità di**

- Candidato**
- ADS/Tutore/Rappresentante Legale di**

.....

**CANDIDATO** (compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome		Nome			
Indirizzo residenza					
CAP		Comune		Prov.	
Telefono		Cellulare			
email					
codice fiscale					
Comune di Nascita		Prov.			
Nazione di Nascita		Data di Nascita	/ /		
Cittadinanza (Nome Stato)					

## **CHIEDE**

Di poter accedere alla coprogettazione del percorso volto al raggiungimento del massimo grado di autonomia personale, abitativa e lavorativa, secondo quanto previsto dall'Avviso Pubblico dell'Ambito del Magentino a valere sui fondi del PNRR Missione 5 Componente 2 .

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

## **DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto, più precisamente :

- di essere persona con disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità ai sensi dell'art.3 comma 1 o 3 della Legge n.104/1992
- di essere residente sul territorio di uno dei tredici Comuni del Magentino (Arluno, Boffalora s/Ticino, Casorezzo, Corbetta, Magenta, Marcallo con Casone, Mesero, Ossona, Robecco sul Naviglio, Santo Stefano Ticino, Sedriano, Vittuone)

## **DICHIARA INOLTRE**

- di aver preso visione dell'avviso per la partecipazione al progetto e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede il coinvolgimento del beneficiario e della sua famiglia alla valutazione multidimensionale e alla progettazione attuate da un'équipe composta da assistente sociale del Comune, professionisti appartenenti all'ASST, altre figure professionali o appartenenti ad associazioni di volontariato ritenute utili alla buona riuscita del progetto;
- che il proprio medico di base è il/la Dott./ssa \_\_\_\_\_  
recapiti: tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS dichiara di essere a conoscenza che l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti, sarà revocato ogni beneficio riconosciuto.

### **Si allega:**

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- certificazione di invalidità e certificazione handicap art. 3 comma 1 o comma3;
- ISEE socio sanitario del beneficiario.

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

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Magenta, in qualità di Capofila del Piano di Zona.

l'esame delle istanze per l'assegnazione del sostegno a carico dei fondi PNRR, la rilevazione del debito informativo nei confronti del MLPS secondo quanto previsto dalle disposizioni e dalle circolari del MLPS per l'avvio delle attività, la gestione e la rendicontazione dei progetti individuali, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati. Nell'ambito dell'esame delle istanze, l'Ufficio di Piano si impegna a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria dell'istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

I dati potranno essere comunicati a: ATS Milano Città Metropolitana, ASST Ovest Milanese, Regione Lombardia, MLPS e Comuni dell'Ambito territoriale del Magentino.

Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di Magenta, Capofila del Piano di Zona, con sede in Magenta (MI), Piazza Formenti 3. E' possibile contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy@comune.magenta.mi.it](mailto:privacy@comune.magenta.mi.it).

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile per presa visione \_\_\_\_\_