

**Domanda per il domicilio di soccorso di persone anziane o inabili totalmente o parzialmente
prive di mezzi di sussistenza.**

Spettabile
COMUNE DI SORAGA DI FASSA
Stradon de Fascia n. 22
38030 – SORAGA DI FASSA
info@comune.soraga.tn.it

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (provincia) (data di nascita)

residente a _____
(comune di residenza)

in _____ n. _____
(indirizzo)

recapiti: telefono _____

mail _____

pec _____

**al fine di richiesta di intervento economico del Comune quale domicilio di soccorso per
l'inserimento in R.S.A.:**

(previa verifica della capacità contributiva riferita al richiedente, ai donatari ed ai familiari
indicati nella nota in calce n. 5)

DICHIARA

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni /
dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà), consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R.
28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla
dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione
comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due
anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28.12.2000, n.445):

1. che il proprio codice fiscale è _____ ;
2. di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze dei registri anagrafici del Comune di Soraga di Fassa o di essere cittadino/a _____ ;
3. di essere proprietario dei seguenti beni immobili:

Tipologia¹	Ubicazione	Quota possesso	Dati catastali

4. di vantare un diritto di usufrutto sui seguenti beni immobili:

Tipologia²	Ubicazione	Quota possesso	Dati catastali

5. che le proprie entrate nell'anno in corso sono le seguenti:

*³	Tipologia ENTRATE	Importo netto mensile
	Pensione tipo n.	€
	Pensione tipo n.	€
	Indennità di accompagnamento (ed eventuale assegno integrativo)	€
	Assegno di cura (legge provinciale 24.07.2012, n. 15)	€
	Redditi da fabbricati e terreni (es.: locazioni incassate)	€
	Quattordicesima di pensione (con la mensilità di luglio)	€
	Altro _____	€
	Altro _____	€

6. che il proprio patrimonio mobiliare nell'anno in corso è il seguente:

*³	Tipologia PATRIMONIO	Istituto di credito	Importo

¹Immobile d'abitazione (IA), Fabbricati diversi dall'immobile d'abitazione (FD), terreni edificabili (TE), terreni agricoli (TA).

²Immobile d'abitazione (IA), Fabbricati diversi dall'immobile d'abitazione (FD), terreni edificabili (TE), terreni agricoli (TA).

³Indicare la tipologia delle proprie entrate e del proprio patrimonio mobiliare.

MOBILIARE all'ultimo giorno del mese precedente la consegna della domanda		
Depositi (es.: conti correnti, libretti di risparmio)		€
Titoli o certificati di risparmio		€
Azioni, obbligazioni		€
Altro _____		€
Altro _____		€

7. che il sottoscritto non ha effettuato alcuna donazione ovvero ha effettuato donazioni a favore della/e seguente/i persona/e⁴:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Indirizzo	Oggetto ed estremi dell'atto della donazione

8. che i familiari le cui condizioni economico/patrimoniali vengono considerate ai fini della valutazione della capacità contributive del richiedente sono⁵:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Indirizzi	Parentela

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza:

- che la propria capacità contributiva per il servizio richiesto e, dunque, l'intervento economico da parte dell'Amministrazione comunale derivano dalle condizioni economico/patrimoniali del medesimo e di donatari e familiari individuati dalle specifiche disposizioni dell'Amministrazione comunale;
- di dover utilizzare per il pagamento della retta mensile tutte le entrate (pensioni, redditi esenti, altre provvidenze economiche, ulteriori redditi) ed il proprio patrimonio sia immobiliare che mobiliare; in mancanza di ciò l'Amministrazione comunale attiverà le pertinenti procedure per

⁴Barrare l'alternativa che non interessa. Si precisa che ai sensi degli articoli 437 e 438 del Codice civile e delle specifiche disposizioni dell'Amministrazione comunale, per la valutazione della capacità contributiva dell'ospite si tiene conto dell'intero valore dei beni oggetti di donazione, fino alla compensazione, mese dopo mese, del valore della donazione stessa.

⁵ Si fa riferimento a quanto previsto dal Regolamento comunale per il servizio di ricovero di persone anziane o inabili totalmente o parzialmente prive di mezzi di sussistenza, aventi domicilio di soccorso nel Comune.

- il recupero delle risorse economiche eventualmente anticipate;
- che in caso di mancata presentazione di una delle attestazioni I.S.E.E. “standard” o “ordinario” da parte dei familiari individuati dall’art. 3 del Regolamento comunale per il servizio di ricovero di persone anziane o inabili totalmente o parzialmente prive di mezzi di sussistenza, aventi domicilio di soccorso nel Comune, viene applicata l’aliquota per valori di I.S.E.E. superiore a Euro 41.000,00 ed inoltre devono essere utilizzati per la copertura della retta anche i beni mobili dell’utente con ammontare inferiore ad Euro 2.500,00, altrimenti mantenuti nella disponibilità del medesimo per le spese di carattere straordinario od eccezionale che vanno al di là delle strette esigenze personali.
 - che l’intervento del Comune costituisce anticipazione che sarà recuperata dall’Amministrazione, in veste di creditore, sull’eventuale proprio patrimonio residuo al momento della cessazione del servizio;
 - che l’amministrazione comunale potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
 - di dovere comunicare tempestivamente ogni rilevante variazione della situazione economico-patrimoniale;
 - di essere a conoscenza delle modalità di trattamento dei dati, come da informativa stampata sul retro del presente modulo.

Firma dell’interessato/tutore/amministratore di sostegno con rappresentanza/delegato

Luogo e data

Il / La dichiarante

.....

.....

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata - unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore - all’ufficio competente via e-mail, tramite un incaricato oppure a mezzo posta. Nel caso di utilizzo della posta elettronica occorre scansionare il presente modulo (completo in ogni sua parte e sottoscritto) ed inviarlo unitamente a copia della carta d’identità del sottoscrittore. Il formato da preferirsi nella trasmissione è il PDF.

L’identità del dichiarante è stata da me accertata mediante:

- esibizione di documento di identità (tipo _____, numero _____)
- conoscenza diretta

copia fotostatica del documento di identità allegata alla domanda

Luogo e data

Il dipendente addetto
(cognome, nome e qualifica)

Luogo,.....

.....

In alternativa, in quanto l’interessato di cui sopra si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute (con firma da apporre in presenza del dipendente addetto):
Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____
residente a _____
via _____ n. _____
telefono _____
C.F. _____

in qualità di _____
del/della signor/a di cui sopra, con la presente dichiarazione e nell'interesse dello/a stesso/a, dichiaro e richiedo sotto la mia responsabilità quanto sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni / dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà), consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12. 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 .12. 2000, n.445):

Luogo e data

Il / La Dichiarante

Luogo,.....

.....

Attesto che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/dalla sig./sig.ra _____
identificato/a previa esibizione di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____.

Luogo e data

Il dipendente addetto
(cognome, nome e qualifica)

Luogo,.....

.....

Timbro dell'ufficio

Allegati:

- copia della valutazione della competente U.V.M. - Unità valutativa multidisciplinare dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari rispetto al bisogno di ricovero stabile in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.);
- documentazione attestante entrate (pensioni, redditi esenti, altre provvidenze economiche, ulteriori redditi), patrimonio mobiliare e immobiliare, del soggetto richiedente o a favore del quale è richiesto il domicilio di soccorso (art. 2 del regolamento);
- qualora il soggetto richiedente o a favore del quale è richiesto il domicilio di soccorso non sia in grado di contribuire integralmente alla retta R.S.A., documentazione attestante la condizione ISEE dei soggetti obbligati ai sensi degli artt. 433 e 438 del Codice civile e documentazione dei soggetti che abbiano beneficiato della donazione ai sensi dell'art. 438 del Codice Civile (artt. 3 e 5 del regolamento).

Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13 e 14 Regolamento UE n. 2016/679)

Desideriamo informarLa che il Regolamento UE 2016/679 ha per oggetto la protezione delle persone con riguardo al trattamento dei dati personali.

I dati personali sono raccolti dal Comune di Soraga di Fassa.

Titolare del trattamento è il Comune di Soraga di Fassa, con sede a Soraga di Fassa (E-mail: info@comune.soraga.tn.it PEC: comune@pec.comune.soraga.tn.it telefono 0462605610 sito internet www.comune.soraga.tn.it)

Responsabile della protezione dei dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento, via Torre Verde n 23 (E-mail: innovazione@comunitrentini.it PEC: consorzio@pec.comunitrentini.it sito web www.comunitrentini.it Telefono: 04611920717) – Referente Dott.ssa Laura Marinelli.

Legittimazione: esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico.

Destinatari: soggetti richiedenti il domicilio di soccorso per il ricovero di persone anziane o inabili totalmente o parzialmente prive di mezzi di sussistenza.

Finalità del trattamento dei dati e base giuridica: domicilio di soccorso per il ricovero di persone anziane o inabili totalmente o parzialmente prive di mezzi di sussistenza.

Modalità del trattamento: I dati vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

I dati possono essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli.

I dati sono oggetto di diffusione ai sensi di legge.

I dati sono conservati per il periodo strettamente necessario all'esecuzione del compito o della funzione di interesse pubblico e comunque a termini di legge.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per quanto riguarda i relativi procedimenti.

Diritti:

richiedere la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano; richiedere la fonte

ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile; richiedere di conoscere le finalità e modalità del trattamento;

ottenere la rettifica, la cancellazione, la limitazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

richiedere la portabilità dei dati;

aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;

opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati, e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Informazioni aggiuntive, informativa completa e altre informazioni sono disponibili nella sezione Privacy del sito www.comune.soraga.tn.it