UNIONE MONTANA
DEI COMUNI DEL SANGRO
Ente Capofila
Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Prot. 37 **Addì 07/01/2021**

AVVISO PUBBLICO
PER L'ACCESSO AGLI ASSEGNI DI DISABILITA' GRAVISSIMA

FONDO PLNA ANNUALITÀ 2019

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO DELL'ECAD N. 12

- Visto il Piano Sociale Regionale 2016-2018 in proroga;
- Visto il Fondo Nazionale Non Autosufficienza (F.N.N.A.) anno 2019;
- Visto il Piano Sociale Distrettuale dell'Ambito Sociale n. 12 Sangro-Aventino in proroga, giusta Deliberazione Giuntale n. 30/2020;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n.707 del 17/11/2020 con la quale sono state approvate le Linee Guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021;
- Vista la Determinazione Dirigenziale Regionale n. DPF014/94 del 4 settembre 2020 di riparto, liquidazione e pagamento delle risorse statali afferenti il F.N.N.A. agli Ambiti Distrettuali per l'annualità 2019;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 128/2020 approvazione degli atti di riferimento;

RENDE NOTO CHE

E' indetto l'avviso pubblico per l'assegnazione di contributi economici: "Assegno di Disabilità Gravissima" in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016.

ART.1
OBIETTIVI E FINALITA'

L'assegno di disabilità gravissima è finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità assistenziale alla persona in condizione di disabilità gravissima e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo, evitandone il ricovero in strutture ospedaliere e/o residenziali.
L'erogazione dell'assegno di disabilità gravissima è pertanto subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona nel proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

ART. 2
DESTINATARI

A norma dell'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono i beneficiari dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque le persone definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e per le quali sia stata accertata almeno una delle seguenti condizioni:

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

a. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<)=10;
b. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
c. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
d. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado Ao B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
e. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo <1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) >9. o in stadio 5 di Hoehn e Yabr mod;
f. persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL, di media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz nell'orecchio migliore;
g. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritto al livello 3 della classificazione del DSM-5;
h. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)<=8;
i. ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;
j. Persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;
k. Persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer.

ART. 3
MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda può essere presentata da parte di tutti i cittadini con disabilità gravissima, residenti e domiciliati in uno dei Comuni ricompresi nel territorio dell'Ambito Sociale Distrettuale n. 12 "Sangro Aventino": Altino, Archi, Atessa,Bomba, Borrello, Casoli, Civitaluparella, Civitella Messer Raimondo, Colledimacine, Colledimezzo, Fallo, Fara San Martino, Gamberale, Gessopalena, Lama dei Peligni, Lettopalena, Montazzoli, Montebello Sul Sangro, Monteferrante, Montelapiano, Montenerodomo, Paglieta, Palena, Palombaro, Pennadomo, Perano,Pietraferrazzana, Pizzoferrato, Quadri, Roccascalegna, Roio Del Sangro, Rosello, Sant'Eusanio del Sangro, Taranta Peligna, Tornareccio, Torricella Peligna, Villa Santa Maria.

Il modello di domanda, predisposto dall'Ambito Distrettuale Sociale sulla base delle Linee Guida Regionali ed approvato con Determina 128/2020 è scaricabile sul sito dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro al seguente indirizzo: www.unionemontanadeicomunidelsangro.it ed è disponibile in formato cartaceo presso gli sportelli di segretariato sociale di riferimento, presso gli uffici comunali e dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro.
L'istanza deve essere presentata presso il Comune di residenza **entro e non oltre il 29 gennaio 2021.**
Ogni Comune, previa protocollazione, da prodursi nei predetti termini, provvederà ad inoltrare la documentazione acquisita all' Unione Montana dei Comuni del Sangro/ECAD entro il giorno successivo a quello della scadenza del presente avviso.

La domanda di accesso al beneficio, redatta utilizzando il modello predisposto dall'Ente, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- ✓ documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
- ✓ nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
- ✓ copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- ✓ copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità;
- ✓ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ✓ autocertificazione stato di famiglia;
- ✓ certificazione ISEE socio-sanitario (a norma del regolamento unico di accesso ai servizi di Ambito) in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 26/02/2021 ;
- ✓ Allegato 1;
- ✓ (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
- ✓ (se ricorre) per gli utenti già valutati dall'UVM nelle annualità precedenti: attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti.

Gli interessati a tale avviso, residenti e domiciliati nei Comuni ricompresi nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino, troveranno assistenza per l'istruttoria della domanda presso i seguenti punti di accesso:

- ✓ a Villa Santa Maria, in via Duca Degli Abruzzi n. 104, presso la sede dell' Unione Montana dei Comuni del Sangro, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 12:00, il martedì e il giovedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00;
- ✓ negli sportelli di segretariato sociale dei Comuni ricompresi nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico.

ART. 4
DOMANDE AMMISSIBILI

Saranno ammesse le domande pervenute entro il termine di cui al precedente punto del presente Avviso, recanti i requisiti richiesti.
Le istanze pervenute oltre il suddetto termine e prive dei detti requisiti e allegati, verranno escluse.

ART. 5
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'accesso al contributo economico è subordinato alla Valutazione Multidimensionale delle persone in condizione di disabilità gravissima da parte di equipe multi professionale in cui saranno presenti sia le componenti cliniche che sociali, mediante l'utilizzo delle scale approvate dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad ACTA n. 107/2013 integrate con le scale di valutazione di cui al comma 2 lettere a),c), e), h),i) illustrate nell'allegato 1 e nell'allegato 2 del Decreto del 26/09/2016.
Per i casi di disabilità gravissima e affetti da SLA, già valutati dall'UVM nelle precedenti annualità e in possesso di un'attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento, (rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti) non è necessaria un' ulteriore valutazione da parte dell'UVM salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente e/o nel caso in cui risulta necessario da parte dell'ECAD e dell' UVM ridefinire l'intensità socio-assistenziale e socio-sanitaria.

ART.6
CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

Qualora le risorse risultino insufficienti alla copertura piena delle richieste, nella valutazione delle domande, una volta accertata la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Decreto del 26/09/2016, ai fini della stesura della graduatoria, in caso di parità di punteggio rispetto alle condizioni cliniche, si procederà all'assegnazione del punteggio finale in base ai seguenti parametri:

DESCRIZIONE	CRITERIO	PUNTEGGIO MAX
Composizione nucleo Familiare	Vive da solo: punti 15 Nucleo di due persone: punti 10 Nucleo di tre persone: punti 8 Nucleo di quattro persone: punti 6 Nucleo di cinque persone: punti 4 Nucleo di sei persone e oltre: punti 0	15
Situazione familiare del Disabile	Presenza nel nucleo familiare contemporaneamente di altri soggetti disabili, di anziani e minori: punti 15 Presenza di altre persone disabili: punti 10 Presenza di parenti anziani o minori: punti 5 Assenza di altre persone disabili, anziane, minori: punti 0	15
Condizioni socio-ambientali	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito: punti 15 Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito: punti 10 Nucleo che vive nel centro urbano non servito: punti 5 Nucleo che vive nel centro urbano e servito: punti 0	15
Altri interventi Di cui l'utente usufruisce	Non è seguito da alcun servizio: punti 15 Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali: punti 7	15
Condizione economica	Fasce ISEE: da 0 ,00 a 6.000,00 : punti 40 da 6.000,01 a 12.000,00: punti 30 da 12.000,01 a 18.000,00: punti 20 da 18.000,00 a 24.000,00: punti 10 oltre 24.000,01: punti 0	40

ART. 7
ENTITA' DEL CONTRIBUTO
INCOMPATIBILITA' CON ALTRE MISURE ECONOMICHE

Le modalità e i termini di erogazione dell'assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, son stabilite nelle "Linee Guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza" approvate con DGR n. 707 del 17/11/2020.

L'importo mensile dell'assegno di disabilità gravissima, a norma del regolamento di accesso ai servizi di Ambito, è stabilito annualmente in ragione delle risorse regionali trasferite e all'uopo dedicate e in relazione al numero di domande pervenute nei termini, valutate positivamente dalle U.V.M. (Unità di valutazione multidimensionali) distrettuali competenti per territorio.

L'assegno di disabilità gravissima è incompatibile con i seguenti interventi economici:

- Assegno di Cura;
- Assegno vita indipendente;
- Contributo previsto dalla L.R. n. 57 del 23.11.2012;

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

- Assegno Malattie rare;
- Altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali e che si riferiscono allo stesso ed effettivo periodo progettuale.

Nel caso in cui il beneficiario del presente avviso usufruisca anche del contributo per prestazioni prevalenti riconducibile al progetto INPS Home Care Premium, l'ammontare dell'assegno di disabilità gravissima sarà comunicato all'inps ai fini della relativa decurtazione.

ART. 8
TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Tutti i dati personali di cui L'Ente verrà in possesso, a seguito dell'emanazione del presente avviso, saranno trattati nel rispetto dell'art. 3 del Regolamento UE 679/2016 GDPR e dell'art. 13 Dlgs. N. 196/2003, codice in materia di protezione dei dati personali.

ART.9
QUESITI

Quesiti e richieste di chiarimento in merito al presente Avviso potranno essere formulati a partire dal giorno successivo a quello di pubblicazione all'UNIONE MONTANA DEI COMUNI DEL SANGRO, Via Duca Degli Abruzzi N. 104 – 66047 Villa Santa Maria (CH) - Tel. 0872/944201, Referente: Dott.ssa Antonella Gialluca.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'ECAD n. 12 Sangro-Aventino
Dott.ssa Antonella Gialluca

UNIONE MONTANA DEI COMUNI DEL SANGRO
VILLA SANTA MARIA (CH)

MODELLO DI DOMANDA

Al Comune di _____
Alla Cortese Attenzione
del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12
"Sangro Aventino"
Alla Cortese Attenzione
Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME - Piano Locale per la Non Autosufficienza – Annualità 2019.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____,

Nazionalità :

☐ italiana ☐ unione europea ☐ extracomunitaria

Residente a _____ Prov. _____

Via / Piazza _____ n° _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Tel _____;

Riconosciuto:

- Persona invalida al 100% con indennità di accompagno (legge 11 febbraio 1980, n. 18) in data _____;
- Persona portatrice di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92) in data _____;

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____,

Nazionalità :

☐ italiana ☐ unione europea ☐ extracomunitaria

Residente a _____ Prov. _____

Via / Piazza _____ n° _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

In qualità di :

☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Altro _____

Del/la Signor/ra: _____

Nato/a _____ Provincia _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via / Piazza _____ n° _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Tel _____ ;

Riconosciuto:

- Persona invalida al 100% con indennità di accompagno (legge 11 febbraio 1980, n. 18) in data _____;
- Persona portatrice di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92) in data _____;

CHIEDE

Di poter beneficiare del'Assegno di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, previsto a sostegno delle persone affette da S.L.A. o con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di alzheimer o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

A TAL FINE

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA CHE

a) **il nucleo familiare del soggetto candidato al progetto è così composto:**

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*)

(*) Situazione Occupazionale: Studente, Lavoratore/trice a tempo indeterminato, Lavoratore/trice a tempo determinato, Pensionato/a, Disoccupato.

b) **la situazione abitativa del candidato al progetto è la seguente:**

☐ vive da solo ☐ vive in famiglia ☐ altro _____

c) **attualmente usufruisce dei seguenti servizi:**

TIPOLOGIA DEI SERVIZI FRUITI	SOGGETTO EROGATORE (*)	H SETTIMANALI FRUITE	ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE FRUITO
☐ Servizio Assistenza Domiciliare - SAD			
☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐ Assistenza Programmata Domiciliare (ADP Medico Curante)			
☐ Servizio di Aiuto alla Persona			
☐ Assegno di Cura			
☐ Trasposto			

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

☐ Buoni Servizio			
☐ Servizio di volontariato			
☐ Centro Diurno			
☐ Progetto di inserimento lavorativo			
☐ Servizio Socio Assistenziale Scollastico e/o Socio Educativo Scolastico e /o Extra Scolastico			
☐ Contributo SLA			
☐ Contributo Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
☐ Contributo Vita Indipendente Sperimentale			
☐ Prestazioni Prevalenti Home Care Premium			
☐ Prestazioni Integrative Home Care Premium			
☐ Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
☐ Assistenza Svolta dai familiari			
☐ Assistenza Svolta da assistente/care-giver			
☐ Altro:			

(*) Soggetto Erogatore: Comune, Ambito Distrettuale Sociale, ASL, Inps, Soggetto Privato, Altro.

Il/la sottoscritto/a è stato informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.
Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi agli Uffici del Comune di residenza e all'ECAD.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196 autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

_____, _____

Firma

_____

Allega alla presente domanda:

☐ documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
☐ nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
☐ copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento, in corso di validità;
☐ copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità;
☐ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
☐ autocertificazione stato di famiglia;
☐ certificazione ISEE socio-sanitario (a norma del regolamento unico di accesso ai servizi di Ambito) in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 26/02/2021;
☐ Allegato 1;
☐ (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
☐ (se ricorre) per gli utenti già valutati dall'UVM nelle annualità precedenti: attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti;
☐ modulo privacy.

_____, _____

Firma

_____

ALLEGATO 1

Il /la sottoscritto/a _____consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.,

DICHIARA

che il candidato al progetto, presenta le seguenti caratteristiche familiari, sociali, ambientali ed economiche di rilevanza ai fini dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico per l'accesso agli assegni di disabilità gravissima:

DESCRIZIONE		**Indicare con una x la situazione che ricorre**	Da compilare A cura Dell'ECAD
Composizione nucleo familiare	Vive da solo		
	Nucleo di due persone		
	Nucleo di tre persone		
	Nucleo di quattro persone		
	Nucleo di cinque persone		
	Nucleo di sei persone e oltre		
Situazione familiare del Disabile	Presenza nel nucleo familiare contemporaneamente di altri soggetti disabili, di anziani e minori		
	Presenza di altre persone disabili		
	Presenza di parenti anziani o minori		
	Assenza di altre persone disabili, anziane, minori		
Condizioni socio-ambientali	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito		
	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano non servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano, servito		
Altri interventi Di cui l'utente usufruisce	Non è seguito da alcun servizio		
	Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali		
Condizione economica	da 0 ,00 a 6.000,00		
	da 6.000,01 a 12.000,00		
	da 12.000,01 a 18.000,00		
	da 18.000,00 a 24.000,00		
	oltre 24.000,01		

_____, _____

FIRMA

_____

COME UTILIZZIAMO I SUOI DATI

Unione Montana dei Comuni del Sangro

Art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 GDPR e dell'art. 13[1] DLgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali (cosiddetta legge Privacy)"

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 (di seguito indicato come "Regolamento") e l'Unione Montana dei Comuni del Sangro con sede in Via Duca degli Abruzzi,104 – 66047 – Villa Santa Maria (CH), in qualità di Titolare del trattamento dei dati, intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- **Trattamento**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;
- **Dati**: i Dati Personali, le Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari;
- **Dati Personali**: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("Interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;
- **Categorie Particolari di Dati Personali**: i Dati Personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, data relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona;
- **Dati Giudiziari**: sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza; questa tipologia di dati possono essere trattati dalla Società solo nei limiti e nei casi espressamente previsti dalla Autorizzazione Generale n. 7/2016 rilasciata dall'Autorità Garante nell'ambito del trattamento dei dati giudiziari;
- **Titolare:** Unione Montana dei Comuni del Sangro con sede in Via Duca degli Abruzzi, 104 – 66047 – Villa Santa Maria (Ch)- che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati dell'Interessato;
- **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati per conto del Titolare;
- **Interessato**: il soggetto a cui si riferiscono i Dati;

La raccolta dei dati

Per svolgere la sua funzione, L'Unione Montana dei Comuni del Sangro deve utilizzare alcuni dati che riguardano Lei e le eventuali altre parti interessate. Si tratta di informazioni personali che saranno trattate in modo sia elettronico che manuale.

Tali informazioni, raccolte nella misura strettamente necessaria all'espletamento del servizio sociale di Ambito per il periodo strettamente necessario all'espletamento del servizio richiesto. I dati che La riguardano sono acquisiti solo per il servizio sopra riportato, che restano conservati nei nostri archivi, sia cartacei che informatici.

La comunicazione dei dati

L'Unione Montana dei Comuni del Sangro comunica le istanze ricevute e i dati contenuti al consorzio/cooperativa che effettuerà il servizio ed all'UVM del Distretto Sanitario competente territorialmente per l'integrazione Socio-sanitaria.

Le trasmissioni avvengono in forma prevalentemente telematica attraverso dati strutturati, avvalendosi degli strumenti informatici e telematici installati presso l'Unione Montana dei Comuni del Sangro.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'Unione Montana dei Comuni del Sangro per l'espletamento del servizio dati qualificabili come *"categorie particolari di dati personali"* e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"* o dati personali relativi

[1] Il riferimento è alla norma attualmente in vigore in attesa dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo di armonizzazione del D.Lgs. n. 196/2003 con il G.D.P.R.

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021

a *condanne penali* e reati richiesti per legge. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa, o ai sensi dell'art. 9, paragrafo 2, lettere f) e g) del Regolamento UE n. 2016/679, senza tali informazioni l'Unione Montana dei Comuni del Sangro non potrà svolgere il servizio richiesto.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

l'Unione Montana dei Comuni del Sangro non adotta nessun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'art. 22, paragrafi 2 e 4 del Regolamento UE n. 2016/679.

Diritti dell'interessato

Ai sensi del Regolamento l'Interessato ha il diritto di accedere ai propri Dati, in particolare ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno degli stessi e di conoscerne il contenuto, l'origine, l'ubicazione geografica, nonché di chiederne copia.

L'Interessato ha altresì il diritto di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la limitazione del Trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso al loro trattamento. Inoltre, l'Interessato ha il diritto di chiedere la portabilità dei dati e di proporre reclamo all'autorità di controllo.

Diritto alla cancellazione (c.d. diritto all'oblio)

I documenti inviati all'Unione, come ogni altro analogo documento pubblico destinato a pubblici archivi, devono essere conservati inalterati nel tempo nel suo tenore originario, pertanto i dati personali conferiti per il servizio non potranno essere cancellati ove siano stati riportati in registri o archivi, in quanto acquisiti:

- per l'adempimento di un obbligo legale che richieda il trattamento;
- nell'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
- ai fini di archiviazione nel pubblico interesse;
- per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Per lo stesso motivo ogni successiva modifica dai dati ivi contenuti non dovrà e non potrà comportare modifica della pratica, ma sarà documentata con le modalità sue proprie.

Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento dei Suoi dati è l'Unione Montana dei Comuni del Sangro con sede in Via Duca degli Abruzzi,104 – 66047 – Villa Santa Maria (Ch), al quale potrà indirizzare ogni richiesta.

Modalità di esercizio dei diritti

Per esercitare i diritti di cui al punto precedente "Diritto dell'Interessato", l'Interessato potrà rivolgersi al Titolare l'Unione Montana dei Comuni del Sangro con sede in Via Duca degli Abruzzi,104 – 66047 – Villa Santa Maria (Ch) oppure al *DPO Ing. Massimo Staniscia* inviando una e-mail: dpo.massimo.staniscia@gmail.com.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, estendibile fino a due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), il Titolare si riserva il diritto di addebitare un contributo spese ragionevole tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti per fornire le informazioni o la comunicazione o intraprendere l'azione richiesta; oppure, in alternativa, di rifiutare di soddisfare la richiesta, anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Reclamo al Garante Privacy

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web http://www.garanteprivacy.it/.

Per presa visione ed accettazione

Io sottoscritto/a _____

alla luce dell'informativa ricevuta

☐esprimo il consenso **☐non esprimo il consenso**

al trattamento dei dati personali, nonché di quelli che mi impegno a fornire in futuro in caso di variazione degli stessi così come indicati nelle finalità dell'informativa.

Luogo e Data_____

Firma

Comune Lama dei Peligni Prot n. 0000085 del 09-01-2021