REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE PER LE RETI SOCIALI
Servizio Inclusione Sociale Attiva, accessibilità dei servizi sociali e contrasto alle povertà

Allegato A
all'A.D. n. 384 del 20/05/2020

Avviso per la presentazione delle domande di accesso al contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19.

- Del. G.R. n. 687 del 12/05/2020 -

Il presente allegato si compone di n. 26 (ventisei) pagine inclusa la presente copertina

Il Dirigente della Sezione Inclusione Sociale Attiva e Innovazione delle Reti Sociali
Vito Bavaro

BAVARO VITO
REGIONE PUGLIA/000000000
Dirigente
20.05.2020 15:57:11 UTC

1. Contesto di riferimento e finalità generali

Il presente documento è stato predisposto dalla Sezione Inclusione sociale attiva e Innovazione reti sociali in applicazione della Del. G.R. n. 687 del 12/05/2020 al fine di delineare le procedure per la presentazione delle domande per la richiesta di un contributo economico straordinario in favore di persone in condizione di gravissima non autosufficienza, assistiti presso il proprio domicilio, per i quali intervenga un care giver familiare ovvero altre figure professionali da cui gli stessi gravissimi non autosufficienti dipendono in modo vitale .

Si precisa che l'implementazione della presente misura, sebbene ricompresa nel più ampio ambito degli interventi di assistenza indiretta da realizzarsi attraverso un trasferimento monetario sotto forma di contributo in favore dei disabili gravissimi, previsti dal Piano Regionale della Non Autosufficienza 2019-21, deve intendersi a carattere **straordinario** e quindi da riconoscersi nei modi e nei tempi previsti dal presente documento al fine di fornire un sostegno immediato e concreto alle persone gravissime non autosufficienti e alle loro famiglie in ragione dell'emergenza COVID-19 per il periodo gennaio 2020 – luglio 2020. Pertanto le persone non autosufficienti che accederanno a tale contributo straordinario non devono ritenersi automaticamente beneficiari e/o inclusi alla ricezione di qualsivoglia altro beneficio economico che la Regione Puglia stanzierà nel quadro della programmazione degli interventi in favore delle persone non autosufficienti.

2. Requisiti di accesso

Possono presentare la domanda per il contributo straordinario COVID-19 per la gravissima non autosufficienza le persone viventi in possesso - al momento della presentazione della domanda - di tutti seguenti requisiti di accesso:

1) residenza nella Regione Puglia almeno dal 01 gennaio 2020;
2) possesso del requisito della condizione di gravissima non autosufficienza così come di seguito definita ai sensi dell'articolo 3 commi 2 e 3 del Decreto interministeriale 26.09.2016 di disciplina e riparto del FNA 2016:
   - beneficiari di indennità di accompagnamento di cui alla l. n. 18/1980 o comunque non autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013 (quarta colonna "Non Autosufficienza" del prospetto in All.3);
   - almeno una delle condizioni di non autosufficienza gravissima di cui al comma 2 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), i) dell'articolo 3 del Decreto FNA 2016 come di seguito richiamate:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di 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 A o 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 Yahr 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 ascritta 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 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

Nel caso in cui la condizione di cui alle suindicate lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati potranno comunque presentare la domanda ed eventualmente accedere al beneficio, nelle more della definizione del processo di accertamento, in presenza di una diagnosi rilasciata da struttura sanitaria specialistica pubblica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) , o da struttura privata accredita in regime di convenzione con il SSN.

Le informazioni autocertificate in fase di presentazione dell'istanza, previa compilazione e trasmissione on line della stessa nelle modalità e termini più avanti dettagliati, saranno acquisite in uno con la domanda dalla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente per ricomporre il quadro complessivo della valutazione sanitaria richiesta al personale sanitario specialista per disciplina afferente al fine di attestare la presenza di condizioni di gravissima non autosufficienza, mediante la rigorosa applicazione delle scale di valutazione di cui al Decreto FNA 2016.

3. Beneficio economico

Il presente contributo economico straordinario erogato ai beneficiari che saranno individuati sulla base delle Linee Guida approvate con D.G.R. n. 687 del 12/05/2020 e dell'atto dirigenziale che approva il presente Avviso, sarà di importo pari a **€ 800,00** mensili per **7 mensilità** a partire dal **1^ gennaio 2020 e fino al 31 luglio 2020**, per un importo massimo pari a **€ 5.600,00**.

Nel caso in cui una delle condizioni di non autosufficienza gravissima di cui al comma 2 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), i) dell'articolo 3 del Decreto FNA 2016 già dettagliate, sia insorta e sia stata accertata (almeno con diagnosi specialistica rilasciata da struttura sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata) nel lasso di tempo intercorrente tra il 01/01/2020 e il momento della presentazione della domanda, il computo delle mensilità maturate e dei relativi importi del beneficio concesso decorrerà dalla data della suddetta diagnosi fino al 31/07/2020.

I richiedenti che alla data di presentazione della domanda risultano essere percettori della misura economica denominata RED 3.0. "Care Giver", avranno diritto solo alla differenza sull'ammontare totale del beneficio esclusivamente per il periodo di previsione del presente contributo (1° gennaio 2020 – 31 luglio 2020).

Verificata la sussistenza dei requisiti di accesso alla presente misura in capo alla persona non autosufficiente, accertata la relativa esistenza in vita e la permanenza a domicilio, la ASL provvede alla liquidazione di una prima tranche del contributo corrispondente alla somma delle prime quattro mensilità (dal 01/01/2020 al 30/04/2020). Il secondo rateo, corrispondente alle ultime tre mensilità (01/05/2020 al 31/07/2020), verrà liquidato sempre previa verifica dell'esistenza in vita e della permanenza a domicilio del paziente per il lasso temporale di riferimento.

Il contributo economico straordinario è **incompatibile** con:

- l'incentivo regionale per progetti di vita indipendente
- l'incentivo regionale per progetti di "dopo di noi" (componente assistente personale)

E' causa di **revoca** del presente contributo economico straordinario il decesso del paziente; in tal caso, l'importo assegnato è rideterminato *pro quota* per il periodo di effettiva permanenza in vita dello stesso.

E' causa di **sospensione** del presente contributo economico straordinario il ricovero superiore a 30gg. del paziente in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria residenziale; in tal caso, il beneficio verrà sospeso a partire dal 31^ giorno di ricovero per essere riattivato il giorno del rientro del paziente a domicilio.

Pertanto, in caso di ricovero in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria residenziale e in caso di decesso dell'assistito, il nucleo familiare dell'assistito ovvero il soggetto richiedente, è tenuto a comunicare tempestivamente detto evento, al fine di consentire agli Uffici della ASL di acquisire

la necessaria documentazione e monitorare i casi in cui è necessario sospendere o revocare il beneficio economico.

4. Termini e modalità di presentazione delle istanze

Le istanze di accesso al contributo straordinario "COVID-19" dovranno essere compilate e inviate esclusivamente e a pena di esclusione su piattaforma dedicata on line bandi.pugliasociale.regione.puglia.it dai nuclei familiari dei pazienti aventi diritto, e saranno prese in carico per le successive fasi istruttorie dalla ASL di riferimento, con il responsabile amministrativo appositamente individuato

Per rendere celeri le procedure e non sovraccaricare gli accessi al sistema telematico nonché per le motivazioni riportate nella determina dirigenziale di approvazione del presente avviso la procedure si articola in due finestre temporali come di seguito indicate:

- le persone già in possesso di un Codice Famiglia la cui condizione di gravissima non autosufficienza è stata già accertata nell'ambito di procedure similari sulla stessa piattaforma bandi.pugliasociale.regione.puglia.it, dovranno presentare la domanda a partire dalle ore 14.00 del 27 maggio 2020 e fino alle ore 14.00 del 26 giugno 2020 attraverso la procedura telematica dedicata, e aderente al format allegato al presente Avviso pubblico (Allegato 1).

- al fine, invece, di consentire la creazione del Codice Famiglia (laddove non già precedentemente generato) e il reperimento della documentazione necessaria e propedeutica alla verifica della sussistenza dei requisiti di accesso al contributo, per i pazienti non rientranti nella precedente fattispecie, la domanda dovrà essere presentata con modalità a sportello[1] a partire dalle ore 14.00 del 9 giugno 2020 e fino alle ore 14.00 del 9 luglio 2020 attraverso la procedura telematica dedicata, e aderente al format allegato al presente Avviso pubblico (Allegato 2).

Il modulo di domanda da compilare verrà proposto direttamente dal sistema telematico a seguito della verifica automatica della posizione del potenziale beneficiario rispetto alle due fattispecie su descritte.

Alla domanda non andrà allegata alcuna documentazione con l'unica eccezione della eventuale diagnosi specialistica - rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata - attestante la condizione di gravissima non autosufficienza da patologia specifica determinata da eventi traumatici riconducibile alle lettere a) e d), dell'art. 3 comma 2 del Decreto FNA 2016, per persone che al momento della presentazione della

[1] *Le ASL procedono all'accertamento della condizione di disabilità gravissima ed alla erogazione del contributo in ordine cronologico di presentazione delle istanze fino a concorrenza delle risorse economiche disponibili.*

domanda, rientranti nella seconda fattispecie, non abbiano ancora conseguito l'accertamento di invalidità.

Al termine della compilazione, al momento dell'invio al fine di sottoscrivere l'istanza con firma elettronica semplice (ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD), verrà richiesto di inserire i seguenti dati: numero del documento di riconoscimento del Richiedente; numero di serie della Tessera Sanitaria del Beneficiario. Il sistema invierà via SMS sul numero telefonico certificato dal richiedente in sede di registrazione alla piattaforma un codice OTP che dovrà essere conseguentemente inserito in piattaforma.

A conclusione delle suddette operazioni, il richiedente dovrà cliccare su INVIA per la consegna telematica della stessa. Il sistema attribuirà alla stessa domanda un numero di protocollo in ingresso del registro di protocollo della Regione Puglia, che attesterà la corretta e unica acquisizione della istanza.

Il sistema provvederà a generare il documento della domanda in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire la non modificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto; lo stesso verrà trasmesso automaticamente a mezzo PEC dalla piattaforma all'indirizzo certificato in piattaforma del richiedente con l'indicazione del numero di protocollo di acquisizione.

Se il richiedente non INVIA espressamente la domanda, la stessa non risulterà sottoscritta né formalmente presentata e non potrà essere protocollata dal sistema in ingresso, né acquisita dagli uffici competenti ai fini della relativa istruttoria.

Non sarà possibile "modificare" la domanda già inviata e protocollata; nel caso in cui il richiedente voglia modificare una o più delle informazioni contenute nella domanda compilata, la stessa dovrà essere compilata *ex novo* previo annullamento della precedente domanda, che sarà richiamata mediante codice pratica nella apposita procedura di annullamento.

Si precisa, ad ogni buon conto, che la piattaforma informatica sarà accessibile per la registrazione e certificazione di nuove credenziali e generazione del codice famiglia, ovvero il recupero delle credenziali utilizzate per precedenti procedure, dalle ore 14,00 del giorno successivo alla data di pubblicazione della presente Determinazione Dirigenziale sul B.U.R.P. (per i nuclei familiari non già in possesso di un codice famiglia)

Tutte le comunicazioni inerenti l'iter istruttorio della domanda saranno trasmesse dalla ASL mediante la medesima piattaforma telematica di gestione delle domande, con avviso e comunicazione inoltrata anche all'indirizzo e-mail che ciascun richiedente avrà avuto cura di indicare, tanto al fine di abbattere la gestione di documentazione cartacea e facilitare la comunicazione con gli utenti senza sovraccaricarli di oneri.

Si precisa che il richiedente può compilare on line in autonomia la domanda, oppure rivolgersi ad uno sportello CAF o Associazione di tutela dei disabili, che agirà

in nome e per conto dello stesso utente, utilizzando credenziali di accesso proprie del richiedente, previa apposita delega dell'utente al trattamento e all'uso dei dati sensibili, nell'ambito e alle condizioni di erogazione dei servizi ordinari da parte del CAF medesimo o dell'Associazione medesima.

Il richiedente per accedere alla procedura telematica potrà utilizzare le proprie credenziali SPID Livello 2 in alternativa alle credenziali utente SistemaPuglia; in questo caso dovrà disporre di una dichiarazione ISEE Ordinario in corso di validità in cui sia presente l'eventuale beneficiario al fine di creare in automatico un nuovo Codice Famiglia.

5. Responsabile del Procedimento

Il responsabile del procedimento "Contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19", per la fase di presentazione delle istanze, è il dr. Giuseppe Chiapperino, incardinato nel Servizio Inclusione Sociale Attiva e Accessibilità dei Servizi Sociali e Contrasto alla Povertà della Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione reti sociali.

Per la fase di valutazione delle istanze e di concessione del contributo economico le Aziende Sanitarie Locale nominano un proprio responsabile del procedimento i cui riferimenti sono pubblicati sulla piattaforma informatica

Per richiedere informazioni in merito al dispositivo di funzionamento della misura si prega di fare riferimento esclusivamente alla funzione "RICHIEDI INFO" disponibile su piattaforma telematica dedicata.

A ciascun quesito formulato si risponderà esclusivamente in forma scritta su piattaforma e con riscontro e-mail all'indirizzo che sarà stato indicato dal richiedente.

Per eventuali richieste di supporto informatico per le funzionalità della piattaforma gli operatori delle ASL nonché gli operatori degli sportelli di supporto alle famiglie potranno fare riferimento alla funzione "Assistenza Tecnica" disponibile sulla medesima piattaforma.

6. Norme di rinvio

La Sezione Inclusione sociale attiva e Innovazione reti sociali si riserva di produrre apposite linee guida o circolari interpretative in favore dei RUP individuati dalle ASL pugliesi per la gestione amministrativa della presente misura, laddove richieste e necessarie per l'omogeneo e spedito svolgimento delle procedure su tutto il territorio regionale.

7. Informazione e pubblicità

Il presente avviso è reso pubblico mediante pubblicazione sul bollettino ufficiale della Regione Puglia, sul sito istituzionale della Regione Puglia nonché sulla piattaforma informatica dedicata sopra richiamata.

8. Trattamento dei dati personali

Ai fini del presente procedimento i titolari del trattamento dati, nell'ambito delle rispettive competenze sono la Regione Puglia, con sede in Bari - Lungomare Nazario Sauro n. 33, e la Aziende Sanitarie Locali provinciali della Regione Puglia, come di seguito indicate:
ASL BA (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari)
ASL BT (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani)
ASL BR (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi)
ASL FG (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia)
ASL TA (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari)
ASL LE (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce)

Ai sensi della normativa in vigore in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., Regolamento (UE) 2016/679) si informa che i dati forniti, contenuti nell'istanza di finanziamento e nei relativi allegati, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del presente procedimento.
Il trattamento dei dati avviene, da parte della Regione e delle ASL territorialmente competenti, secondo le norme del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 così come novellato dal D.Lgs. n. 101/2018.
Il Responsabile della protezione dei dati ("RDP") della Regione Puglia è la dott.ssa Rossella Caccavo, contattabile inviando una mail all'indirizzo rdp@regione.puglia.it.
I responsabili della protezione dei dati ("RDP") della ASL sono:

ASL BA	Fruscio Luigi	Via Lungomare Starita n. 6 70123 Bari	referente.privacy@asl.bari.it
ASL BT	Andrea Scarpellini Camilli	Via Fornaci, 201 – 76123 Andria	andrea.scarpellini@aslbat.it dpo@mailcert.aslbat.it
ASL BR	Fersini Sandra	Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi	responsabileprotezionedati@asl.brindisi.it
ASL FG	Piccoli Oronza	Via M.Protano s.n.c., FOGGIA	oronza.piccoli@aslfg.it
ASL LE	Cappelluti Tasti Antonio Luigi	Via Miglietta, 5 LECCE LE	dpo@ausl.le.it
ASL TA	Tullio Casamassima	V.le Virgilio, 31 74121 TARANTO	dpo@asl.taranto.it dpo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Il Responsabile del trattamento dati è la società in house della Regione InnovaPuglia S.p.A. che ha il compito di gestire e condurre la piattaforma informatica per la gestione della presente procedura.

I dati a disposizione possono essere comunicati a soggetti pubblici e privati ove previsto da norme di legge o di regolamento, quando la comunicazione risulti necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali nell'ambito del presente procedimento.
I dati verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati.

Allegato 1

Modello di domanda di contributo per l'accesso economico straordinario nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19 (per le persone la cui condizione di gravissima non autosufficienza è stata già accertata nell'ambito di procedure similari sulla stessa piattaforma bandi.pugliasociale.regione.puglia.it)

Alla ASL di _____

Responsabile del Procedimento

Via_____

CAP Comune (Prov)

Oggetto: Domanda di accesso al contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19. Rif. Del. G.R. n. 687/2020 e atti conseguenti.

SOGGETTO RICHIEDENTE/REFERENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

A □ Soggetto beneficiario[2]

B □ Soggetto diverso dal beneficiario

Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000)

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE/REFERENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

Richiede il beneficio:

□ Soggetto beneficiario

□ Soggetto parente o affine del beneficiario

Specificare relazione di parentela o affinità con il beneficiario: _____

□ Altro[3] : _____

Se il richiedente/referente del nucleo familiare è diverso dal beneficiario

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____il _____ a _____ (_____), Codice Fiscale _____, residente a _____ (_____) CAP _____ in Via _____, in qualità di Referente della Famiglia _____-, con domicilio del Nucleo Familiare a _____ (_____) CAP _____ in Via _____ Telefono _____ Email[4] _____ consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000),

[2] *Per beneficiario si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità al contributo straordinario "Covid-19"*
[3] *Tutore, Amministratore di sostegno, Care Giver regolarmente contrattualizzato.*
[4] *Si prega di inserire un indirizzo e-mail al fine di informare puntualmente il richiedente/beneficiario delle comunicazioni pubblicate su piattaforma telematica e di interesse per seguire l'iter istruttorio della propria domanda. Non occorre che l'indirizzo e-mail sia quello di una PEC.*

Il richiedente è anche care giver familiare per il soggetto beneficiario

□ sì □ no

DATI* ANAGRAFICI *DEL SOGGETTO BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____il _____ a _____ (_____), Codice Fiscale _____, residente a _____ (_____) CAP _____ in Via _____, Telefono _____ Email[5] _____

PREMESSO CHE

Il soggetto beneficiario è in possesso del requisito di gravissima condizione di non autosufficienza ai sensi dell'articolo 3 commi 2 e 3 del Decreto interministeriale 26.09.2016 di disciplina e riparto del FNA 2016 già accertato nell'ambito di procedure similari sulla piattaforma bandi.pugliasociale.regione.puglia.it

D I C H I A R A

- che il soggetto beneficiario è vivente al momento della presentazione della domanda: □ sì □ no

(la verifica dell'esistenza in vita del paziente al momento della compilazione della domanda verrà effettuata automaticamente tramite interrogazione del sistema informativo sanitario regionale EDOTTO; in caso di verifica negativa, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che il soggetto beneficiario è residente nella Regione Puglia almeno a far data dal 01/01/2020; □ sì □ no

(se no, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che a partire dal 01/01/2020 il soggetto beneficiario non è stato ricoverato in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria per periodi superiori a 30 gg.

  oppure

- che a partire dal 01/01/2020 il soggetto beneficiario è stato ricoverato per periodi superiori a 30 giorni presso (specificare struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria) _____ dal_____ al _____

- che il soggetto beneficiario fruisce dell'incentivo regionale per progetti di vita indipendente; □ sì □ no

[5] *Si prega di inserire un indirizzo e-mail al fine di informare puntualmente il richiedente/beneficiario delle comunicazioni pubblicate su piattaforma telematica e di interesse per seguire l'iter istruttorio della propria domanda. Non occorre che l'indirizzo e-mail sia quello di una PEC.*

(se sì, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che il soggetto beneficiario fruisce dell'incentivo regionale per progetti di "dopo di noi" (componente assistente personale); □ sì □ no

(se sì, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che nel nucleo familiare del soggetto beneficiario c'è un percettore della misura Red 3.0 "Care Giver" □ sì □ no

se sì specificare

a far data dal_____

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(il dato verrà riscontrato automaticamente dal sistema informativo sanitario regionale)

- Dott. _____ ASL _____

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

(da utilizzare previa verifica, in caso di erogazione del contributo)

Conto Corrente intestato a _____, in qualità di _____ (precisare il rapporto intercorrente con il soggetto beneficiario) IBAN _____, Banca: _____

(non è consentito inserire codici IBAN riconducibili a LIBRETTI POSTALI)

A L L E G A

- Informativa sul trattamento dei dati personali sottoscritta.

_____

(firma del dichiarante)

Si allega alla presente l'informativa sul trattamento dei dati personali, per l'esplicito consenso al trattamento degli stessi.

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.

n. documento di riconoscimento _____

n. Tessera Sanitaria Beneficiario _____

Codice OTP verificato inviato al n° _____ *certificato dal richiedente in data* _____

Allegato alla domanda - Informativa sulla Privacy

Oggetto**: **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

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, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Regione Puglia.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la ASL _____, via _____.
Il Co-Titolare del trattamento è la Regione Puglia, Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari
Via G. Gentile, 52 - 70126 Bari

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Per la ASL _____ il responsabile della protezione dei dati (DPO) è _____

Per la Regione Puglia, il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la Dott.ssa Rossella Caccavo (email: rpd@regione.puglia.it)

Responsabile trattamento dati

Il responsabile del trattamento relativo all'acquisizione, elaborazione e conservazione digitale dei dati è la società in house, assoggettata alla direzione e controllo della Regione Puglia, InnovaPuglia S.p.A. (di seguito "InnovaPuglia"), sulla base degli atti di nomina e delle convenzioni di cui alla DGR n. 2213/2017, nell'ambito degli affidamenti disposti con DGR n.1921/2016 (POR Puglia FESR - FSE 2014/2020 e A.D. 220 del 27/03/2019 Affidamento attività progetto eWelfare2.0. Avvio degli interventi prioritari in tema di Agenda digitale. "Azione pilota Puglia Log-in" e con DGR n. 1871/2019 (Puglia Digitale - Programmazione 2019-2021 interventi e azioni prioritari in tema di Agenda Digitale. Approvazione).

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, connessi al procedimento di cui al presente Avviso pubblico, per la gestione della misura "Contributo straordinario per gravissimi non autosufficienti ".

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati

per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo, inoltre, che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento 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". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La ASL_____ non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

d) ottenere la limitazione del trattamento;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASL _____ - Direzione Generale. -RUP del Procedimento "Contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19" per la stessa ASL, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail indicati su piattaforma _____)

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

*☐**esprimo il consenso** ☐**NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.*

*☐**esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.*

*☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.*

Firma del richiedente

_____

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.

n. documento di riconoscimento _____

n. Tessera Sanitaria Beneficiario _____

Codice OTP verificato inviato al n° _____ certificato dal richiedente in data _____

Allegato 2

Modello di domanda di contributo per l'accesso economico straordinario nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19 (per persone la cui condizione di gravissima non autosufficienza NON è stata già accertata nell'ambito di procedure similari sulla stessa piattaforma bandi.pugliasociale.regione.puglia.it)

Alla ASL di _____

Responsabile del Procedimento

Via_____

CAP Comune (Prov)

Oggetto: Domanda di accesso al contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19. Rif. Del. G.R. n. 687/2020 e atti conseguenti.

SOGGETTO RICHIEDENTE/REFERENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

A □ Soggetto beneficiario[6]

B □ Soggetto diverso dal beneficiario

Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000)

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE/REFERENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

Richiede il beneficio:

□ Soggetto beneficiario

□ Soggetto parente o affine del beneficiario

Specificare relazione di parentela o affinità con il beneficiario: _____

□ Altro[7] : _____

Se il richiedente/referente del nucleo familiare è diverso dal beneficiario

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____il _____ a _____ (_____), Codice Fiscale _____, residente a _____ (_____) CAP _____ in Via _____, in qualità di Referente della Famiglia _____-, con domicilio del Nucleo Familiare a _____ (_____) CAP _____ in Via _____ Telefono _____ Email[8] _____

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000),

[6] *Per beneficiario si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità al contributo straordinario "Covid-19"*
[7] *Tutore, Amministratore di sostegno, Care Giver regolarmente contrattualizzato.*
[8] *Si prega di inserire un indirizzo e-mail al fine di informare puntualmente il richiedente/beneficiario delle comunicazioni pubblicate su piattaforma telematica e di interesse per seguire l'iter istruttorio della propria domanda. Non occorre che l'indirizzo e-mail sia quello di una PEC.*

Il richiedente è anche care giver familiare per il soggetto beneficiario?

□ sì □ no

DATI* ANAGRAFICI *DEL SOGGETTO BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____il _____ a _____ (_____), Codice Fiscale _____, residente a _____ (_____) CAP _____ in Via _____, Telefono _____ Email[9] _____

Il soggetto beneficiario è percettore indennità di accompagnamento

□ sì □ no

Se SI' INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE

Data Verbale di Invalidità Civile: _____
Categoria di Invalidità: _____
secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:

Categoria di invalidità	
044.4	Cecità Civile
044.5	Sordità Civile
044.6	Invalidità Civile
104	Handicap legge 104/92

Codice Grado di Invalidità: _____
secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:

Codici Grado di Invalidità	
07	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80)

[9] *Si prega di inserire un indirizzo e-mail al fine di informare puntualmente il richiedente/beneficiario delle comunicazioni pubblicate su piattaforma telematica e di interesse per seguire l'iter istruttorio della propria domanda. Non occorre che l'indirizzo e-mail sia quello di una PEC.*

08	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti
11	MINORE con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80) - indennità di accompagnamento
12	MINORE INVALIDO con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita(L.18/80) - indennità di accompagnamento
16	INVALIDO ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.508/88)
17	INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88)
C	PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' come definito dalla legge 104/92 (articolo 3, comma 3)

SE NO SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE

□ **Altra tipologia di indennità di cui alla quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013**

□ **Invalidità non ancora accertata in presenza delle condizioni di cui alle lettere a) e d) dell'articolo 3 comma 2 del Decreto FNA 2016, determinate da eventi traumatici**

DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO (da compilare obbligatoriamente se no, blocco iter domanda)

a) Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) ❒

b) Paziente dipendente da ventilazione Meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7); ❒

c) Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza ❒

d) Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura ❒

e) Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare ❒

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) Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 ❒

h) Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo ❒

i) Ogni altro paziente 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 ❒

N.B.: Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima di cui alle lettere a), c), d), e), h), i), ai fini dell'ammissione al beneficio, si farà riferimento alle scale di valutazione di cui agli Allegati del Decreto Interministeriale del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e del Ministero Economia e Finanze per il Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2016 (FNA 2016)

❒ Possesso di certificazione di diagnosi specialistica, rilasciata a partire dal _____- attestante la condizione di gravissima non autosufficienza

indicare data di ultimo rilascio da parte di Struttura specialistica del SSN-SSR ___/___/_____

Struttura del SSN o SSR che ha rilasciato la certificazione

(ALLEGARE se cliccato NO per il possesso della indennità di accompagnamento unitamente alle lettere a) o d) della sezione DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO)

DICHIARA

- che il soggetto beneficiario è vivente al momento della presentazione della domanda: □ sì □ no

(la verifica dell'esistenza in vita del paziente al momento della compilazione della domanda verrà effettuata automaticamente tramite interrogazione del sistema informativo sanitario regionale EDOTTO; in caso di verifica negativa, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che il soggetto beneficiario è residente nella Regione Puglia almeno a far data dal 01/01/2020; □ sì □ no

(se no, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che a partire dal 01/01/2020 il soggetto beneficiario non è stato ricoverato in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria per periodi superiori a 30 gg.
  oppure
- che a partire dal 01/01/2020 il soggetto beneficiario è stato ricoverato per periodi superiori a 30 giorni presso (specificare struttura ospedaliera, sanitaria di

lungodegenza o in struttura sociosanitaria) _____ dal_____ al _____

- che il soggetto beneficiario fruisce dell'incentivo regionale per progetti di vita indipendente; □ sì □ no

(se sì, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che il soggetto beneficiario fruisce dell'incentivo regionale per progetti di "dopo di noi" (componente assistente personale); □ sì □ no

(se sì, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(il dato verrà riscontrato automaticamente dal sistema informativo sanitario regionale)

Dott. _____ ASL _____

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

(da utilizzare previa verifica, in caso di erogazione del contributo)

Conto Corrente intestato a _____, in qualità di _____ (precisare il rapporto intercorrente con il soggetto beneficiario) IBAN _____, Banca: _____

(non è consentito inserire codici IBAN riconducibili a LIBRETTI POSTALI)

_____

(firma del dichiarante)

A L L E G A

- Informativa sul trattamento dei dati personali sottoscritta.

Si allega alla presente l'informativa sul trattamento dei dati personali, per l'esplicito consenso al trattamento degli stessi.

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.

n. documento di riconoscimento _____

n. Tessera Sanitaria Beneficiario _____

Codice OTP verificato inviato al n° _____ certificato dal richiedente in data _____n. documento di riconoscimento _____

n. Tessera Sanitaria Beneficiario _____

Codice OTP verificato inviato al n° _____ certificato dal richiedente in data _____

Oggetto**: **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

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, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Regione Puglia.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la ASL _____, via _____.
Il Co-Titolare del trattamento è la Regione Puglia, Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari
Via G. Gentile, 52 - 70126 Bari

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Per la ASL _____ il responsabile della protezione dei dati (DPO) è _____

Per la Regione Puglia, il responsabile della protezione dei dati (DPO) è la Dott.ssa Rossella Caccavo (email: rpd@regione.puglia.it)

Responsabile trattamento dati

Il responsabile del trattamento relativo all'acquisizione, elaborazione e conservazione digitale dei dati è la società in house, assoggettata alla direzione e controllo della Regione Puglia, InnovaPuglia S.p.A. (di seguito "InnovaPuglia"), sulla base degli atti di nomina e delle convenzioni di cui alla DGR n. 2213/2017, nell'ambito degli affidamenti disposti con DGR n.1921/2016 (POR Puglia FESR - FSE 2014/2020 e A.D. 220 del 27/03/2019 Affidamento attività progetto eWelfare2.0. Avvio degli interventi prioritari in tema di Agenda digitale. "Azione pilota Puglia Log-in" e con DGR n. 1871/2019 (Puglia Digitale - Programmazione 2019-2021 interventi e azioni prioritari in tema di Agenda Digitale. Approvazione).

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, connessi al procedimento di cui al presente Avviso pubblico, per la gestione della misura "Contributo straordinario per gravissimi non autosufficienti ".

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo, inoltre, che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento 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". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La ASL_____ non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

d) ottenere la limitazione del trattamento;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASL _____ - Direzione Generale. -RUP del Procedimento "Contributo economico straordinario per persone in condizione di gravissima non autosufficienza nell'attuale fase emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19" per la stessa ASL, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail indicati su piattaforma _____)

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

*☐**esprimo il consenso** ☐**NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.*

*☐**esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.*

*☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.*

Firma del richiedente

_____

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.

n. documento di riconoscimento _____

n. Tessera Sanitaria Beneficiario _____

Codice OTP verificato inviato al n° _____ certificato dal richiedente in data _____