



## AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero,  
Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2026 - esercizio luglio 2026 / dicembre 2027

### RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER **CONTINUITA'**

A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CARICO alla data del 30/06/2026

persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale (a partire dai 70 anni) e persone maggiorenni con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

MISURA SOSTEGNO *ai sensi della DGR XII/6320/2026*

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)*

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina \_\_\_\_\_)

☐ altro \_\_\_\_\_ (specificare)

**del beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la continuità del progetto individuale in essere

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

### DICHIARA

- ☐ che **NON** sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione *(in qs. caso, non compilare il punto 2)*
- ☐ che **SONO** intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione che non apportano modifiche sostanziali al progetto,

relative a:

- ☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario: \_\_\_\_\_
- ☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi: \_\_\_\_\_
- ☐ sostituzione del caregiver familiare: *(nuovo nominativo e grado di relazione con il beneficiario)* \_\_\_\_\_
- ☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*
- ☐ dati residenza/domicilio:  
via/p.za \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)
- ☐ contatti per le comunicazioni: nominativo \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- ☐ dati relativi all'IBAN *(compilare pag. 3)*



## AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

### Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

#### CONFERMA

3. il mantenimento dei requisiti di accesso; SI ☐
4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐
5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐
6. i dati relativi alla residenza/domicilio SI ☐
7. contatti per le comunicazioni SI ☐
8. dai relativi all'IBAN SI ☐

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

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

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

#### ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata

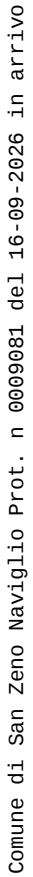
Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

firma del dichiarante/AdS

\_\_\_\_\_



## Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Allegato

*Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione*

Istituto \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

[illegible]

☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (senza altri cointestatori)

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

|\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

\_\_\_\_\_