



CITTA' DI CAMPOBASSO  
Piazza Vittorio Emanuele II, 29  
0874/405553 – 565



**Campobasso** - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio  
Castropignano – Duronia - Ferrazzano - Fossalto  
Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico  
Molise - Montagano - Oratino - Petrella Tifernina  
Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara – Salcito  
San Biase - Sant' Angelo Limosano  
Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro  
0874/405718 – atsufficiodipiano@comune.campobasso.it

**DOMANDA DI ACCESSO  
CENTRI SOCIO EDUCATIVI UNIFICATI  
“PETER PAN” E “GIORGIO PALMIERI”**

**PERSONE CON DISABILITA'**

Il/la **sottoscritt** \_\_\_\_\_  
**C.F.** \_\_\_\_\_

**nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**e residente a** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_  
**tel.** \_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_

**in qualità di :**

**diretto interessato**

**genitore/tutore di**

**cognome** \_\_\_\_\_ **nome** \_\_\_\_\_

**nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**FA ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL SERVIZIO  
CENTRI SOCIO EDUCATIVI UNIFICATI “PETER PAN” E “GIORGIO PALMIERI”  
PER PERSONE CON DISABILITA'**

**Allega:**

- Certificato di riconoscimento della disabilità, rilasciato ai sensi della legge n. 104/1992;
- Certificato medico attestante l' idoneità alla frequenza, l'immunità da malattie infettive e contagiose, la presenza di allergie o intolleranze alimentari
- Certificato medico attestante eventuali terapie farmacologiche in atto, con attestazione di regolare assunzione della terapia (in caso di terapia farmacologica psichiatrica, è necessario allegare la relativa certificazione specialistica attestante che il paziente risulta compensato);
- Attestazione e/o autocertificazione **ISEE socio sanitario** del beneficiario in corso di validità.

-----  
Si attesta che in data \_\_\_\_\_ l' Sig. \_\_\_\_\_  
ha presentato istanza per la concessione del servizio centro socio-educativo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ firma addetto alla ricezione \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.**

In relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la frequenza del centro socio-educativo in base al vigente Regolamento Socio-Assistenziale nonché dei dati personali di cui questo Ente potrà entrare in possesso con predisposizioni di accertamenti effettuati direttamente. La informiamo di quanto segue:

**1. Finalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta erogazione del servizio

**2. Modalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento;

**3. Conferimento dei dati:**

il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1;

**4. Rifiuto di conferimento di dati:**

l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1;

**5. Comunicazione dei dati:**

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1, nonché a soggetti privati, ma in tal caso solo se la comunicazione è prevista da norma di legge o di regolamento;

**6. Diffusione dei dati:**

i dati in forma aggregata potranno essere diffusi solo mediante le prescritte pubblicazioni nell'albo pretorio comunale a norma del Regolamento approvato con le citate delibere di Giunta Regionale;

**7. Diritti dell'interessato:**

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

**8. Titolare e responsabili del trattamento:**

titolare del trattamento dati è il comune di Campobasso, nella persona del Dirigente del Settore Sicurezza Sociale; responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Sicurezza Sociale; incaricati del trattamento sono il personale addetto al servizio del Comune di Campobasso.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

**acconsento**

**non acconsento**

**al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,**

***firma del genitore/tutore***

**Campobasso li \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO PER FREQUENTARE IL CENTRO DIURNO PER persone con disabilità "PETER PAN"**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti derivanti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, per falsità, atti e dichiarazioni mendaci per quanto di seguito dichiaro come disposto ex art.66 nonché dalla decadenza dei benefici nel caso di dichiarazione non veritiera in virtù dell'ex art.75 del su richiamato D.P.R.

**DICHIARA**

CHE IL DIRETTO INTERESSATO AL SERVIZIO DI CUI ALL'OGGETTO

- è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- è residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- che il C.F. è il seguente \_\_\_\_\_
- DOCUMENTO tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

percepisce pensione INPS cat. \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ o altro \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_

è invalido al \_\_\_\_\_ % e percepisce pensione di invalidità civile

percepisce indennità di accompagnamento

- il nucleo familiare del dichiarante è così composto:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

valida dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

debitamente compilata dal centro di assistenza fiscale \_\_\_\_\_

valore ISE € \_\_\_\_\_, valore ISEE € \_\_\_\_\_

Campobasso lì, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

In relazione alla presente domanda, io addetto alla ricezione, attesto che:

- Il dichiarante, identificato tramite documento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, ha sottoscritto in mia presenza;
- Il dichiarante ha trasmesso per posta/ telefax/ terza persona la domanda.

Campobasso lì, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente addetto alla ricezione

\_\_\_\_\_