SOCIETA' DELLA SALUTE
della Zona Fiorentina Nord Ovest

Al Direttore della Società della Salute Nord Ovest
Al Sindaco del Comune di .....

ISTANZA ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE 2022 – art **65** della Legge N. **448/98** e ss.mm. e ii.

Il/La sottoscritto/a *Cognome*_____ *Nome* _____

data di nascita ____/____/_____ *luogo di nascita*_____*cittadinanza*_____

Residente a ..... *in VIA/PIAZZA*_____*n.*_____

*Tel.*_____ *Indirizzo – mail* _____

Codice Fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

In qualità di genitore con **tre figli minori di 18 anni**,

CHIEDE

Di poter fruire dell'erogazione dell'Assegno per il **NUCLEO FAMILIARE** per i mesi di **GENNAIO e FEBBRAIO 2022**, ai sensi dell'art. 65 della legge N. 448/98 e successive modifiche e integrazioni - **art 10 del Dec. Leg. N. 230/2021 - Circolare INPS n. 23 del 09/02/2022**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché di quanto previsto all'art. 76 del medesimo D.P.R. ossia che qualora dal controllo di quanto dichiarato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 44/2000)

☐ di essere cittadino/cittadina italiano/a (o di altro Stato appartenente all'Unione Europea:_____)

Oppure:

☐ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

☐ titolare del permesso unico per lavoro o con autorizzazione al lavoro e suoi familiari,

☐ titolare del permesso di soggiorno per motivi familiari;

☐ titolare del permesso di soggiorno per assistenza minori;

☐ rifugiato politico (permesso soggiorno per asilo politico), familiari e superstiti; apolide, titolare della protezione sussidiaria;

☐ con nazionalità marocchina, tunisina, algerina o turca e suoi familiari in base agli Accordi Euro-mediterranei (ove non già ricompresi nelle precedenti categorie);

☐ In caso di divorzio o separazione: copia della sentenza di divorzio o omologa di separazione;

☐ di essere genitore di almeno tre figli minori;

☐ che il requisito della composizione del nucleo familiare, previsto dalla legge, sussiste dalla data di nascita del 3° figlio minore:____ /____/_____;

☐ di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità presentata in data ___/___/_____ ;

☐ che alla data odierna i componenti del proprio nucleo familiare quelli di seguito riportati:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Grado di parentela*

* Indicare per tutti i familiari il grado di parentela: “G” se genitore, “F” figlio/a, “N” nuora, “GE” genero, “NI” nipote, “CONV” convivente.

MODALITA’ DI RISCOSSIONE

che la liquidazione del beneficio eventualmente spettante sia erogato con la seguente modalità:

☐ **Assegno** all’indirizzo del richiedente;

☐ **Accredito** erogato sul seguente conto corrente bancario o postale (**il conto corrente deve essere intestato oppure cointestato al richiedente**)

ISTITUTO BANCARIO/POSTE:																										
COORDINATE BANCARIE (IBAN)																										
ID PAESE				CIN	codice ABI					codice CAB					Numero di CONTO CORRENTE											

CONTROLLI

L’Ente si riserva ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall’art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell’art. 46 del medesimo DPR. Qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, l’Ente provvederà, ai sensi dell’art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l’atto di decadenza dal beneficio eventualmente concesso e a comunicare all’INPS i dati per l’avvio delle procedure per il recupero delle somme indebitamente percepite.

Campi Bisenzio, data _____ **FIRMA** _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi del Regolamento Ue 2016/679

Il sottoscritto (cognome e nome) .....
dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy ai sensi della normativa vigente, come di seguito riportata, e presta il suo consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per i fini indicati dalla stessa, oltre alla comunicazione di tali dati per tutti i procedimenti ad essi strettamente collegati, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Campi Bisenzio data _____

FIRMA per consenso esplicito per il conferimento dei dati personali come sopra specificati

_____

Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento Ue 2016/679
Rivolta agli utenti della Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest

Descrizione del presente documento	*La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la* ***Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest,*** *quale Titolare del trattamento, vuole quindi descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che riguardano ciascun utente per le prestazioni e le attività sociali e socio sanitarie.* *La presente informativa viene redatta in conformità al* ***Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio*** *del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che saranno prontamente comunicati.*
Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei dati	***Titolare del trattamento*** *è la* ***Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest****, con sede via A. Gramsci n. 561 – 50019 Sesto Fiorentino (FI), email sds.nordovest@asf.toscana.it; P.e.c. direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it;* ***Responsabile della protezione dei dati*** *è l'Avv.* ***Michele Morriello****, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email sds@dpo-rpd.eu, tel. (+39) 371 3057734.*
Fonte dei dati personali	*I dati personali che raccogliamo sono quelli che l'utente ci ha fornito al momento della sua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari. I dati che trattiamo sono:* *- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;* *- dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute;* *- dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.*
Base giuridica e finalità del trattamento	*I dati personali dell'utente vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri* ***Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest*** *quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679), oppure ove* ***a)*** *sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale;* ***b)*** *per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali;* ***c)*** *sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri* *Nello specifico trattiamo i dati personali dell'utente per i seguenti scopi:* • *erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria:* *- Servizio Sociale Professionale* *- Interventi di sostegno economico* *- Servizi domiciliari e di supporto alla vita familiare e di relazione (Assistenza domiciliare; sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare; sostegno socio educativo scolastico; affidamento familiare; Welfare di prossimità: farmaci, pasti o spesa, pacchi alimentari, tele assistenza, servizi di accompagnamento; servizi di accompagnamento sociale)* *- Servizi residenziali e semi-residenziali (inserimento in strutture residenziali per anziani non autosufficienti ed adulti con disabilità, inserimento in strutture residenziali assistite per persone autosufficienti, centri diurni per anziani e adulti con disabilità, strutture residenziali e semi-residenziali per minori, strutture di accoglienza per soggetti fragili, vacanze per disabili)* *- Inserimenti socio - lavorativi* *- Progettazioni specifiche derivanti da finanziamenti speciali (Dopo di noi, PON FSE…)* • *ogni altra attività assegnata alla Società della Salute F.na Nord Ovest;* • *amministrativi e contabili;*
Comunicazione dei dati	*I dati personali dell'utente non saranno comunicati a terzi, salvi i casi descritti di seguito, in cui potremo comunicare tali dati solo con il consenso dell'utente o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:* – *ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;* – *Soggetti istituzionali, quali:* *- Azienda USL Toscana Centro;* *- Comuni componenti il Consorzio*

	- Altre amministrazioni pubbliche con le quali possono intercorrere relazioni istituzionali finalizzate all'erogazione dei servizi (Regione Toscana, Autorità giudiziaria, istituzioni scolastiche, Inps, Inail, Ministeri, Casa Spa, Ambasciate e Consolati, Anac…) *- Altri soggetti privati per l'esecuzione di prestazioni attuate per conto della Società della Salute.*
Trasferimento internazionale dei dati	*I dati dell'utente non saranno inviati all'estero ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.*
Sicurezza	*Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i dati dell'utente e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare tali dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.*
Conservazione dei dati	*Conserveremo i dati dell'utente solo per il tempo necessario riferito alla gestione e l'erogazione dei servizi che lo riguardano, salvo periodi di conservazione più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari.* *Nello specifico si comunica che tali dati saranno conservati per i seguenti periodi:* ***Dati*** — ***Periodo di conservazione*** *Istanze* — *10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività* *Accesso agli atti* — *5 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività* *Richieste di valutazione* — *10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività*

Accesso ai dati	*Chiediamo a ciascun utente di verificare regolarmente che i dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se viene rilevato un errore oppure se risultano incompleti, l'utente potrà chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure rimossi dai nostri archivi.* *L'utente potrà esercitare i propri diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo sds.nordovest@asf.toscana.it*
Diritti dell'interessato	*L'utente ha il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i propri dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:* • *revocare il consenso per l'utilizzo dei propri dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul suo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l'impossibilità per la Società della Salute di instaurare e/o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;* • *limitare e/o opporsi all'utilizzo dei propri dati;* – *richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui propri diritti;* – *richiedere una copia dei propri dati personali da noi detenuti.*
Quesiti o reclami	*Se l'utente intende sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i propri dati personali può contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile della Protezione dei dati.* *L'utente ha inoltre diritto di contattare direttamente l'Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: garante@gpdp.it, Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it*

ALLEGATI

(documenti a completamento della domanda)

☐ Copia Documento di Identità in corso di validità cittadini italiani e/o comunitari;
☐ Copia Permesso di Soggiorno per cittadini non italiani/non comunitari;
☐ Copia documentazione attestante status di "rifugiato politico" nel caso di non cittadinanza italiana e/o comunitaria;
☐ Copia della ricevuta della richiesta alla Questura del Permesso di Soggiorno CE di lungo periodo (ex Carta di Soggiorno) per cittadinanza non italiana / non comunitaria o documentazione attestante status di "rifugiato politico" ;
☐ Copia ricevuta attestazione ISEE;
☐ Copia sentenza di divorzio o omologa di separazione;
☐ Copia documentazione Codice IBAN nel caso di Bonifico c/c Bancario/Postale intestato.
☐ _____