



**CITTÀ DI FIUMICINO**  
(Città metropolitana di Roma Capitale)

**AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ’**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE “CENTRO DIURNO SEMI RESIDENZIALE PER DISABILI ADULTI, RESIDENTI NEL COMUNE DI FIUMICINO.”**

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

|   |            |
|---|------------|
| Cognome _____   | Nome _____ |
| Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ e residente a<br>_____ in Via/Piazza _____ n°<br>tel. _____, cell. _____ indirizzo mail/pec<br>CF _____   |            |
| Cittadinanza _____<br><i>(Se cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia, indicare carta di soggiorno n°<br/>rilasciata da _____ con scadenza il _____ o in<br/>caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data<br/>_____)</i> |            |

**GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

*(da compilare solo se necessario)*

|  |            |
|--|------------|
| Cognome _____  | Nome _____ |
| In qualità di <i>(indicare se genitore, familiare, amministratore di sostegno, tutore, curatore)</i><br>_____  |            |
| Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ e residente a<br>_____ in Via/Piazza _____<br>n° _____ tel. _____, cell. _____<br>indirizzo mail /pec _____,<br>CF _____ |            |



**CITTÀ DI FIUMICINO**  
(Città metropolitana di Roma Capitale)

**AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ’**

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (*citare data, numero e soggetto che ha emesso l'atto*):  
\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

*di essere ammesso alla partecipazione al “Centro Diurno semi residenziale per disabili adulti, residenti nel Comune di Fiumicino.”*

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, non ché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

**DICHIARA**

*di avere i requisiti ai sensi dell'art. 2 del Vigente Avviso pubblico*

- a) cittadinanza italiana, oppure in uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure cittadinanza in uno Stato non appartenente all'Unione Europea per i cittadini muniti di permesso di soggiorno CE ai sensi del D.lgs. n. 286/98 e ss.mm.ii;
- b) residenza anagrafica presso il Comune di Fiumicino;
- c) età superiore compresa tra i 18 ed i 64 anni con capacità di autodeterminarsi ed esprimere la propria volontà direttamente, ovvero mediante il proprio rappresentante legale;
- d) Condizione di disabilità certificata dal verbale della Commissione medico-legale competente, che non sia determinata da naturale invecchiamento o patologie connesse alla senilità, e con certificazione relativa alla Lg. 104/92 art. 3 commi 1 e 3;
- e) Attestazione ISEE in corso di validità;
- f) idonea documentazione comprovante il titolo giuridico di rappresentanza o assistenza;



**CITTÀ DI FIUMICINO**  
(Città metropolitana di Roma Capitale)

**AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ’**

**Dichiara altresì:**

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.
- che il beneficiario già usufruisce dei seguenti servizi, o altre attività (specificare quali):  
\_\_\_\_\_;

A tal fine,

**ALLEGÀ**

- copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità della persona con disabilità e di chi presenta la domanda (qualora non coincidente);
- nel caso in cui la persona con disabilità sia rappresentata da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità;
- per i cittadini di Stati non aderenti alla UE copia della carta o del permesso di soggiorno;
- copia della certificazione attestante la condizione di disabilità grave ex art. 3, comma 3 o 1, Legge 104/1992;
- copia Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- eventuali certificazioni e/o ogni altra documentazione che approfondisca il quadro sociosanitario e la rete dei servizi già attivi;
- eventuale certificazione sanitaria relativa ai genitori della persona con disabilità (a titolo esemplificativo: certificazione ai sensi della Legge n. 104/1992; certificazione per l'accertamento dell'invalidità civile; ogni altra documentazione sanitaria compilata da un medico specialista di struttura pubblica, non saranno accettati certificati sanitari del medico di base).
- idonea documentazione comprovante il titolo giuridico di rappresentanza o assistenza, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
  - decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno, del Tuttore o del Curatore, rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, completo dell'indicazione dei poteri attribuiti;



## CITTÀ DI FIUMICINO

(Città metropolitana di Roma Capitale)



### AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ

- procura generale o speciale, conferita con atto pubblico o scrittura privata autenticata, in corso di validità;
- ogni altra documentazione idonea a comprovare la legittimazione ad agire in nome e per conto dell'interessato.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato/a ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da un équipe pluri-professionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**CITTÀ DI FIUMICINO**  
(Città metropolitana di Roma Capitale)



**AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ’**

Gentile utente, in osservanza al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), articoli 13 e 14, e successive integrazioni e modificazioni, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali.

- Titolare del trattamento è il Comune di Fiumicino, in persona del legale rappresentante pro-tempore, Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa, 78 - 00054 Fiumicino (RM) Centralino 06.65210.245 - C.F. 97086740582,  
P.IVA 02305601003  
PEC: [protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it](mailto:protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it).

- il Responsabile per la protezione dei dati Personalni potrà essere contattato all'indirizzo e-mail [dpo@comune.fiumicino.rm.it](mailto:dpo@comune.fiumicino.rm.it).

La presente è un'informativa sintetica, si rimanda al testo completo dell'informativa generale consultabile nel sito web di questa Amministrazione, sotto la voce “privacy”.

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da Lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono.

I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Area – ufficio di competenza o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, e potranno essere comunicati ad altri soggetti nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso.



## CITTÀ DI FIUMICINO

(Città metropolitana di Roma Capitale)



### AREA WELFARE E SERVIZI SOCIALI – PARI OPPORTUNITÀ

Il conferimento dei dati è un requisito necessario per poter dare esecuzione ai servizi richiesti e in taluni casi rappresenta un obbligo di legge. La mancata fornitura dei dati richiesti potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti.

Soggetto delegato per il trattamento dei dati è il Dirigente dell'U.O. di competenza.

I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale e Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 presentando un'istanza al Titolare nonché rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo(\*).

(\*) Link alla pagina del Garante contenente indicazioni per proporre reclamo  
<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>