

Protocollo	Timbro di arrivo
------------	------------------



DISTRETTO SAVENA IDICE
Città Metropolitana di Bologna

Comuni di San Lazzaro di Savena, Unione Savena Idice (Loiano, Monghidoro, Monterenzio, Ozzano dell'Emilia, Pianoro), Ausl Bologna-Distretto di Committenza e Garanzia Savena Idice

Al Comune di _____

Domanda di assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari da presentare entro il 10/10/2025

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 del D.P.R. 445/2000)**

Destinatario del contributo

Io sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
in via _____ civico n. _____
tel. n. _____ cellulare n. _____ indirizzo e-mail _____

Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal destinatario del contributo, compilare anche la parte che segue

In qualità di:

- figlio
 coniuge
 familiare (specificare _____)
 tutore/curatore/amministratore di sostegno del destinatario (estremi decreto di nomina _____)

altro (specificare _____)

di (indicare di seguito i riferimenti del destinatario del contributo):

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
in via _____ civico n. _____
tel. n. _____ cellulare n. _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDO

l'assegnazione del contributo economico straordinario per le spese sostenute per assistenti familiari per il periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024, in attuazione del progetto "Sostegno alle

famiglie con assistenti familiari” inserito nel “Programma attuativo 2025 del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale” e all’Avviso pubblico approvato dal Comune di San Lazzaro di Savena in qualità di Ente capofila del Distretto Savena Idice.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARO CHE IL DESTINATARIO

è cittadino/a italiano/a;

è cittadino/a regolarmente soggiornante di un Paese membro nell’Unione Europea;

è familiare di un cittadino dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, regolarmente soggiornante, di cui all’art. 19, del D.lgs. 6 febbraio 2007, n. 30;

è titolare di protezione internazionale, di cui all’art. 2, del D.lgs. 19 novembre del 2007, n. 251 e successive modifiche e integrazioni;

è cittadino straniero titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

è cittadino/a di uno Stato non appartenente all’Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno in corso di validità (permesso n. _____, rilasciato da _____, validità fino al _____);

è cittadino/a di uno Stato non appartenente all’Unione Europea in possesso della ricevuta della richiesta di rinnovo presentata entro sessanta giorni dalla data di scadenza del permesso precedente;

è residente nel Comune di _____;

ha un’età superiore a 65 anni, con ridotta autonomia,
oppure

ha un’età superiore a 18 anni con disabilità grave o non autosufficienza, come definite ai fini ISEE;

è in possesso di un valore ISEE 2025 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, calcolato secondo quanto previsto dall’art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità, pari a € _____ (non superiore a € 50.000,00);

non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di contributi da parte di altri soggetti pubblici per la stessa tipologia di spesa;

non ha beneficiato, nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, di assegno di cura così come definito dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 66 del 15/04/2011 e/o dal regolamento di cui alla delibera Azienda USL Bologna n. 101 del 15/05/2013 e/o alla delibera Azienda USL Bologna n. 238 del 05/07/2023, così come modificato con delibera Azienda USL Bologna n. 238 del 31/07/2025;

nelle mensilità per le quali si richiede il contributo, aveva un’Assistente Familiare con contratto di lavoro di almeno 20 ore settimanali, con inquadramento del lavoratore nel livello C con profilo C super (CS) o livello D con profilo D super (DS).

DICHIARO ALTRESÌ

generalità datore di lavoro dell’Assistente familiare:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ civico n. _____

tel. n. _____ cellulare n. _____ indirizzo e-mail _____

Nella sua qualità di (da compilare nel caso in cui il datore di lavoro sia persona diversa dal destinatario del contributo):

figlio del destinatario

coniuge del destinatario

familiare del destinatario (specificare _____)

tutore/curatore/amministratore di sostegno (estremi decreto di nomina _____) del destinatario

Altro (specificare _____)

oppure

Nel caso in cui le prestazioni dell'Assistente siano state rese attraverso soggetti terzi (es. Agenzia, Associazione, Ente del Terzo Settore) indicare:

Denominazione _____

Sede legale _____

Partita Iva _____

Generalità del/degli assistente/i familiare/i:

(1)

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ civico n. _____

(2)

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ civico n. _____

(3)

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

in via _____ civico n. _____

Requisiti in merito al contratto e alle prestazioni garantite al destinatario

l'entità dell'impegno previsto nel contratto di lavoro è pari a numero _____ di ore settimanali;

l'inquadramento del lavoratore è nel livello _____ con profilo _____;

l'attività di assistenza viene/è stata svolta a favore del destinatario presso il domicilio del medesimo.

In caso di consegna a mano tramite altra persona, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 si allega fotocopia del documento di identità del sottoscrittore.

_____ / _____
(luogo)

(data)

(firma)

Parte riservata all'ufficio			
In caso di presentazione diretta allo sportello ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto previo accertamento della sua identità mediante:			
documento tipo		numero	
rilasciato da			il
Comune di		Firma e timbro del dipendente incaricato	

Responsabile procedimento: Dott. Andrea Raffini – Dirigente V Area "Servizi alla persona e collettività"
Comune San Lazzaro di Savena

Piazza Bracci, 1 40068 San Lazzaro di Savena

Tel. 051 62 28 111 - 109

Email di posta elettronica certificata: comune.sanlazzaro@cert.provincia.bo.it

Email dello Sportello per il Cittadino: sportello.cittadino@comune.sanlazzaro.bo.it

Per ricevere **assistenza nella compilazione** della domanda è possibile rivolgersi agli Sportelli sociali del Comune di residenza del soggetto destinatario del contributo con le modalità seguenti:

- Comune di San Lazzaro di Savena – Sportello sociale, via Emilia 90, solo previo appuntamento nei giorni e orari di apertura al pubblico

Per appuntamento tel. 051 622.82.55 o invio richiesta – completa di riferimento telefonico – tramite posta elettronica: sportellosociale@comune.sanlazzaro.bo.it

- Comune di Loiano - sara.kamiri@unionevallisavenaidice.bo.it

Su appuntamento 051 6543606

- Comune di Monghidoro - sara.kamiri@unionevallisavenaidice.bo.it

Su appuntamento 051 6555639

- Comune di Monterenzio - sportellosociale@comune.monterenzio.bologna.it

Su appuntamento 051 929002: centralino del Comune, chiedere dello Sportello sociale

- Comune di Ozzano dell'Emilia - sportellosociale@comune.ozzano.bo.it

Su appuntamento 051 791385

- Comune di Pianoro – sociali@comune.pianoro.bo.it

Su appuntamento 051 6529163

Si fa presente che l'assistenza nella compilazione della domanda riguarderà esclusivamente informazioni e chiarimenti concernenti il contenuto dell'Avviso e i passaggi operativi inerenti la presentazione dell'istanza: non potrà in alcun modo riferirsi alla valutazione e/o al controllo nel merito inerente i requisiti per l'accesso e la situazione economica e di altri elementi riferiti ai nuclei familiari richiedenti.

Si specifica, altresì, che gli operatori dello Sportello sociale non assumono alcuna responsabilità in ordine alla correttezza e veridicità dei dati autodichiarati da parte dei richiedenti - ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. I richiedenti medesimi rimangono pertanto, a tutti gli effetti di legge, gli unici responsabili del contenuto delle domande presentate e dei dati autodichiarati ivi contenuti.

Modalità di consegna

A mano, presso i seguenti uffici del Comune di residenza del soggetto destinatario del contributo:

- Comune di San Lazzaro di Savena – Sportello per il Cittadino – negli orari e secondo le modalità di apertura al pubblico indicate sul sito del comune <https://www.comune.sanlazzaro.bo.it/> tel. 051 6228174, email sportello.cittadino@comune.sanlazzaro.bo.it con possibilità di prenotazione online

- Unione Savena Idice negli orari e secondo le modalità di apertura al pubblico indicate sul sito dell'Unione: Unione dei Comuni Savena-Idice <https://uvsi.it/>

- Comune di Loiano - sara.kamiri@unionevallisavenaidice.bo.it

Su appuntamento 051 6543606

- Comune di Monghidoro - sara.kamiri@unionevallisavenaidice.bo.it

Su appuntamento 051 6555639

- Comune di Monterenzio - sportellosociale@comune.monterenzio.bologna.it

Su appuntamento 051 929002: centralino del Comune, chiedere dello Sportello sociale

- Comune di Ozzano dell'Emilia - sportellosociale@comune.ozzano.bo.it

Su appuntamento 051 791385

- Comune di Pianoro – sociali@comune.pianoro.bo.it

Su appuntamento 051 6529163

Tramite PEC, ai seguenti indirizzi del Comune di residenza del soggetto destinatario del contributo:

- Comune di San Lazzaro di Savena (con possibilità di invio anche da casella di posta elettronica ordinaria) - comune.sanlazzaro@cert.provincia.bo.it

- Unione dei Comuni Savena-Idice (Comuni di Loiano, Monghidoro, Monterenzio, Ozzano dell'Emilia, Pianoro) - unione.savenaidice@cert.provincia.bo.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679 (GDPR)

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Titolare del trattamento e DPO

Titolari del trattamento dati sono

- il Comune di San Lazzaro di Savena, con sede legale in piazza Bracci n. 1 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO);
- l'Unione dei Comuni Savena-Idice (Comuni di Loiano, Monghidoro, Monterezeno, Ozzano dell'Emilia, Pianoro), con sede legale in Viale Risorgimento, 1 - 40065 Pianoro (BO).

Contitolare del trattamento dei dati è il Distretto di Committenza e Garanzia Savena Idice – Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna.

I DPO (Responsabile della Protezione dei dati) a cui è possibile rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 13 del GDPR e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali, sono raggiungibili via mail al seguenti indirizzi:

- San Lazzaro di Savena - dpo@comune.sanlazzaro.bo.it
- Unione dei Comuni Savena-Idice - dpo-team@lepida.it

Finalità e modalità del trattamento

I Comuni, titolari del trattamento, trattano i dati personali liberamente conferiti esclusivamente per finalità istituzionali.

Consenso

Il consenso del trattamento ai fini istituzionali è necessario ed obbligatorio per le finalità stesse del presente Avviso: l'Amministrazione non potrebbe erogare i servizi e adempiere agli obblighi nei confronti dei richiedenti nel caso di rifiuto a conferire i dati e ad autorizzarne la comunicazione ai soggetti terzi contitolari di trattamento.

In caso di assegnazione del contributo economico, limitatamente alla conclusione del procedimento in parola, i dati personali indispensabili a tale scopo saranno trasmessi al Distretto di Committenza e Garanzia Savena Idice – Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, che è da considerarsi contitolare del trattamento dei dati. Nello specifico, i dati personali vengono trattati dal Distretto di Committenza e Garanzia Savena Idice – Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, nell'ambito delle sue attività istituzionali, in particolare nella gestione dei rapporti con l'utenza e in generale per tutte le finalità previste dalla normativa vigente.

Periodo di conservazione

I dati personali verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati (finalità istituzionali e non commerciali).

Diritti del cittadino

Il cittadino avrà in qualsiasi momento piena facoltà di esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente; potrà far valere i propri diritti rivolgendosi al Comune di residenza, ai seguenti indirizzi:

- Comune di San Lazzaro di Savena - comune.sanlazzaro@cert.provincia.bo.it
- Unione dei Comuni Savena-Idice (Comuni di Loiano, Monghidoro, Monterezeno, Ozzano dell'Emilia, Pianoro) - unione.savenaidice@cert.provincia.bo.it

I diritti del cittadino sono quelli previsti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Il cittadino può:

- ricevere conferma dell'esistenza dei dati suoi personali e richiedere l'accesso al loro contenuto;
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali;
- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei suoi dati trattati in violazione di legge;
- chiedere la limitazione del trattamento;
- opporsi per motivi legittimi al trattamento.