

**MISURA DISTRETTUALE CONTRIBUTI ECONOMICI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE
CON REDDITI MEDIO-BASSI E BASSI PER IL PAGAMENTO DELLE RETTE DELLE CASE
RESIDENZA ANZIANI (CRA) - ANNO 2026**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il ____/____/____

residente a _____ Via _____ n. _____

Cell. _____ email _____

C.F. _____

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

Nella sua qualità di:

☐ Figlio/a

☐ coniuge

☐ Familiare (specificare _____)

☐ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (estremi decreto di nomina _____)

☐ Altro (specificare _____)

Indicare di seguito i riferimenti del beneficiario del contributo

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il ____/____/____

residente a _____ Via _____ n. _____

Cell. _____ email _____

C.F. _____

Presenta istanza di assegnazione del contributo economico straordinario una tantum a sostegno delle famiglie con redditi medio-bassi e bassi per fare fronte al pagamento delle rette delle Case Residenza Anziani (CRA), secondo i medesimi requisiti, criteri e modalità di accesso già previsti dalla DGR 1621/2024.

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e

la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO

- ☐ Era residente nel Comune di _____ prima del collocamento nella CRA;
- ☐ È/era collocato presso la/le seguente/seguinti strutture:
Casa Residenza Anziani (CRA) _____ ubicata presso il Comune di _____ su posto accreditato e contrattualizzato - dal (inserire data di ingresso) _____ al _____ (inserire data di eventuale dimissione o decesso);
Casa Residenza Anziani (CRA) _____ ubicata presso il Comune di _____ su posto accreditato e contrattualizzato - dal ____ (inserire data di ingresso) _____ al _____ (inserire data di eventuale dimissione o decesso);
Casa Residenza Anziani (CRA) _____ ubicata presso il Comune di _____ su posto accreditato e contrattualizzato dal ____ (inserire data di ingresso) _____ al _____ (inserire data di eventuale dimissione o decesso);
- ☐ È in possesso di ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO RESIDENZE 2026 calcolato secondo quanto previsto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i., in corso di validità e privo di omissioni e/o difformità con valore pari a € _____ (non superiore a € 20.000,00) rilasciato in data _____ con Numero Protocollo INPS-ISEE _____;
- oppure**
- ☐ ha sottoscritto, alla data di presentazione della domanda, una DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica): Numero Protocollo INPS-DSU _____ data _____;
- ☐ non ha beneficiato dal 01/01/2026 al 31/12/2026 di contributi economici del Comune di _____ per la copertura della quota sociale della retta della CRA;
- oppure**
- ☐ ha beneficiato dal _____ al _____ di contributi economici del Comune di _____ per la copertura della quota sociale della retta della CRA.

EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

In caso di accoglimento dell'istanza, il contributo sarà riconosciuto tramite il gestore della CRA, di norma sotto forma di riduzione della retta.

In caso di trasferimento o decesso, il contributo sarà erogato mediante bonifico sul c/c intestato a:

Cognome _____ Nome _____

Istituto (Banca/Posta) _____ IBAN: _____

PAESE		CIN EUR	CI N	ABI				CAB				CONTO CORRENTE													
I	T																								

Al fine di evitare eventuali disguidi, si raccomanda di allegare la stampa del codice IBAN.

(Nel caso di beneficiario deceduto, la richiesta può essere presentata da uno degli eredi, che dovrà autocertificare la propria qualità e allegare le autorizzazioni degli altri eredi al versamento dell'importo sul conto indicato).

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- solo per i cittadini non comunitari: copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o permesso di soggiorno non inferiore a un anno in corso di validità, oppure copia della ricevuta del pagamento effettuato.

Luogo e Data _____

Firma del richiedente _____

**IL DICHIARANTE PRENDE ATTO
DELL'INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016**

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, è il Comune di Fiscaglia, con sede in Fiscaglia, Piazza XXV Aprile 8 Loc. Migliaro - Tel. 0533 654150.

Il Comune di Fiscaglia ha designato quale Responsabile della protezione dei dati CADF S.p.A. (info@cadf.it)

I Suoi dati personali saranno trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

Il Comune di Fiscaglia può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente ha titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa,

tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati. Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato dal Comune di Fiscaglia per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali amministrative in materia di servizi sociali e alla persona e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del Suo consenso. I dati personali saranno trattati per la finalità di erogare interventi di sostegno al reddito per il pagamento rette per lungo soggiornanti del servizio casa residenza anziani accreditati e contrattualizzate del Distretto Sud Est della Provincia di Ferrara.

Sulla base della normativa vigente i Suoi dati personali saranno comunicati ai seguenti soggetti terzi:
Comune di Fiscaglia Responsabile del Procedimento
Gestore Struttura sociosanitaria in cui è ospitato il beneficiario.

I suoi dati personali non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione europea e non saranno oggetto di diffusione.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, verrà verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessato, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultino eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non saranno utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

Nella Sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai Suoi dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di istruire il procedimento ed erogare quindi l'intervento.

Per presa visione, il richiedente -----