

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL' HANDICAP (LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 N. 104)

Si prega di porre la massima attenzione nella lettura, compilando tutte le parti del modulo in maniera chiara e leggibile (la presente modulistica deve essere utilizzata per la sola richiesta di benefici attivata dalla persona disabile e non per le richieste finalizzate all'assistenza prestata a familiari/parenti/affini per le quali va compilato l'apposito modello predisposto)

Il/la sottoscritto/a _____
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 **DICHIARA** di essere:
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ via _____ n° _____
 domiciliato/a a _____ via _____ n° _____
 telefono _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario al fine di ottenere i benefici previsti:

☐ **dall'art. 21** (diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili e precedenza in sede di trasferimento a domanda per persona assunta presso gli enti pubblici)

☐ **dall'art. 33, comma 6** (tre giorni di permesso mensile o due ore di permesso giornaliero retribuito e diritto di scegliere la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non essere trasferito in altra sede, senza il suo consenso)

☐ **Altri benefici assistenziali** _____

Segue

Comunica che il motivo di presentazione della domanda è il seguente:

Allega al riguardo i seguenti documenti:

- **CERTIFICATO MEDICO** (in originale o in copia autentica, rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda) attestante la natura della propria malattia redatto, se possibile, dal medico specialista che ha in carico la persona **nel quale sia riportato un breve resoconto anamnestico, siano descritte le menomazioni nonché le relative disabilità e sia individuato il progetto di cura del disabile nonché gli obiettivi concreti che il beneficio/agevolazione assistenziale richiesto intende perseguire;**
- fotocopia dell'eventuale verbale di riconoscimento di invalidità dipendente da cause civili (invalidità civile, cecità civile, sordomutismo), da causa di lavoro, di servizio e di guerra;
- eventuale relazione del servizio sociale nel caso in cui il soggetto sia a carico del medesimo nel quale si forniscano gli elementi (familiari, lavorativi, sociali e relazionali) utili alla conoscenza ed al corretto inquadramento del caso;

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196).

Ai sensi dell'art. 13 del Codice il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* all'interno del procedimento finalizzato al riconoscimento dell'handicap e dei benefici connessi; tali dati, insieme a quelli diagnostici ed alla disabilità riconosciuta, sono inseriti nella procedura informatica dell'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento*. L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza (in presenza di mandato di rappresentanza conferito ad Istituti di Patronato e/o Associazioni di categoria rappresentative degli invalidi, copia del verbale di accertamento sanitario dell'handicap viene trasmesso agli stessi privo dei dati sanitari), del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento, cancellazione o trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge e delle ulteriori disposizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è l'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* e responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione Igiene e Sanità Pubblica.

Data

FIRMA

Nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta direttamente dalla persona in presenza del personale addetto a riceverla è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità.