



**RICHIESTA CONTRIBUTO SU SPESA PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE
 EFFETTUATA NELL'ANNO 2020**

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

Residente in San Mauro Torinese – Via _____

Telefono/cellulare (indicare il numero) _____

Mail/Pec: _____

Per ogni ulteriore dato personale vedasi il mio documento di identità/riconoscimento qui di seguito allegato.

Titolare di regolare Isee ordinario/corrente 2021

Cotitolare/titolare di:

(croccare ove non si richieda il pagamento in contanti per importo inferiore ad € 1.000,00)

Conto corrente postale

Conto corrente bancario

provvisto del seguente **CODICE IBAN**

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N° conto (scrivere anche gli zeri)

Consapevole dei **requisiti di accesso** richiesti per l'accesso alla prestazione, di cui alla Delibera di Giunta Comunale n. 128 del 5.12.2016 e al Bando pubblicato all'Albo Pretorio e nella sezione "Notizie" del sito istituzionale e altresì consapevole che ai sensi dell'art. 10 bis della Legge 241 del 1990, in caso di rigetto della istanza, **non mi sarà inviato preavviso di rigetto** in quanto trattasi di procedura concorsuale;

Dopo aver letto e compreso l'informativa (riportata in calce al presente modulo) sul **trattamento dei dati personali/sensibili** qui da me comunicati

CHIEDO

il contributo a titolo di concorso sulla spesa effettuata da me e dal mio nucleo familiare nell'anno solare 2020 relativa a prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche;

In caso di accoglimento della presente istanza, chiedo che il contributo venga:

- erogato in contanti, **se inferiore a € 1.000,00** (da ritirare presso la Tesoreria comunale – Monte dei Paschi di Siena – via Martiri della Libertà, 58 – San Mauro Torinese)
- accreditato sul mio conto/libretto suindicato (accredito obbligatorio per legge in caso di contributo **pari o superiore a € 1.000,00**)

ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, artt. 46 e 47,

- consapevole** che, successivamente all'erogazione del beneficio, questa Amministrazione comunale procederà al controllo a campione della veridicità delle autocertificazioni e dei documenti prodotti ai

sensi degli artt. 71 e ss. del D.P.R. 445 del 2000 e, ove vengano rilevate dichiarazioni mendaci e/o falsità in atti l'Ufficio Affari Sociali procederà: **1)** alla trasmissione degli atti **all'Autorità Giudiziaria** per l'accertamento della responsabilità penale del dichiarante e relativa **condanna penale**; **2)** ai sensi dell'art. 75 avvierà il procedimento per la pronuncia della **decadenza dal beneficio** erogato, il **recupero anche in via coattiva** dell'importo del beneficio e dell'eventuale maggior danno, la pronuncia del **divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di 2 anni** decorrenti da quando l'Amministrazione avrà adottato l'atto di decadenza, salvi gli interventi, anche economici, in favore dei minori e per le situazioni familiari e sociali di particolare disagio.

- sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle conseguente anche penali per il caso di dichiarazioni e/o falsità in atti ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

ALLEGO

Fotocopia di documento di identità o di riconoscimento

(in caso di documento scaduto, ove i dati siano comunque ancora attuali occorre aggiungere in calce alla fotocopia la seguente dicitura:

"I dati contenuti nel documento non hanno subito variazioni dalla data del rilascio");

n. _____ **fotocopie** delle ricevute di spese sanitarie, intestate nominativamente ai componenti del nucleo familiare, relative all'anno 2020

DICHIARO

- le ricevute qui prodotte **non hanno beneficiato ne' beneficeranno** di rimborso, anche solo parziale da parte di soggetto terzo, eccetto il beneficio della eventuale detrazione di imposta IRPEF;

oppure

- le ricevute qui prodotte **hanno beneficiato/beneficeranno** di parziale rimborso da parte del seguente Ente:

nella misura di _____ oltre il beneficio eventuale della detrazione di imposta IRPEF;

San Mauro T.se, _____ firma _____



CITTÀ DI SAN MAURO TORINESE
Ufficio Affari Sociali

Questo Ufficio ha ricevuto in data odierna dal/la signor/a _____

MATRICOLA ANAGRAFICA NUMERO _____

richiesta contributo su spesa sanitaria per l'anno solare 2020.

L'accoglimento/rigetto della presente istanza sarà reso noto sul sito internet comunale (il richiedente sarà identificato mediante il NUMERO DI MATRICOLA ANAGRAFICA di cui sopra)

San Mauro Torinese,

Firma dell'addetto alla ricezione

TRATTAMENTO DATI PERSONALI
AVVISO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 679

Ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 2016, si comunica che il trattamento dei dati personali forniti dai concorrenti al presente Fondo di compartecipazione alla spesa sanitaria 2020/2021 sarà finalizzato unicamente allo svolgimento delle funzioni istituzionali del Comune, ed in particolare alla gestione del procedimento di concessione dei contributi previsti.

Il trattamento dei dati personali forniti dai concorrenti avverrà con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Il Titolare del trattamento dati è il Sindaco pro-tempore della Città di San Mauro T.se.

I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza degli incaricati e responsabili del trattamento dati, impiegati presso il Comune.

Il periodo di conservazione dei dati è determinato, in via presuntiva, in cinque anni successivi alla definitiva conclusione del procedimento per cui i dati sono stati forniti.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui al Capo III, Sezione I, del citato Regolamento UE ed, in particolare, l'interessato potrà esercitare i seguenti diritti:

- **Diritto di accesso:** ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, ricevere informazioni relative, in particolare, a: finalità del trattamento, categorie di dati personali trattati e periodo di conservazione, destinatari cui questi possono essere comunicati (articolo 15).
- **Diritto di rettifica:** ottenere, senza ingiustificato ritardo, la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano e l'integrazione dei dati personali incompleti (articolo 16).
- **Diritto alla cancellazione:** ottenere, senza ingiustificato ritardo, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano, nei casi previsti dalla norma (articolo 17).
- **Diritto di limitazione:** ottenere la limitazione del trattamento, nei casi previsti dalla norma (articolo 18).
- **Diritto alla portabilità:** ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico, i dati personali che lo riguardano, nonché ottenere che gli stessi siano trasmessi ad altro titolare senza impedimenti, nei casi previsti dalla norma (articolo 20).
- **Diritto di opposizione:** opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, salvo che sussistano motivi legittimi di continuare il trattamento (articolo 21).
- **Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo:** proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Montecitorio n. 121, 00186, Roma (RM).

L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC o lettera raccomandata A/R, ai recapiti qui indicati:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Comune di San Mauro Torinese, nella persona del Sindaco pro-tempore, via Martiri della Libertà, n. 150, Tel. 011 8228011,
Email: ufficio.segreteria@comune.sanmaurotorinese.to.it PEC: protocollo@cert.comune.sanmaurotorinese.to.it

RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO: Responsabile del Settore Servizi alla persona

Dott.ssa Silvia CARDARELLI

recapito postale: via Martiri della Libertà, n. 150, Tel. 011 8228011

Email: silvia.cardarelli@comune.sanmaurotorinese.to.it

PEC: protocollo@cert.comune.sanmaurotorinese.to.it

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD): ALFEMA CONSULENZA s.r.l. Piazza Medici 16 – ASTI Tel. 0141 593025 Indirizzo Email: avv.galvagno@gmail.com Indirizzo Pec: rdp@pec.it