MARCA DA
BOLLO IN CORSO LEGALE

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
U.M.S.E. Disabilità ed integrazione socio-sanitaria
Via Gilli, 4
38121 TRENTO
umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO PER I SOGGETTI PORTATORI DI MINORAZIONE

"MuoverSi" (legge provinciale 7 gennaio 1991, n. 1 – articolo 20)

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza _____ telefono _____/_____ e-mail/PEC_____

C H I E D E

l'ammissione al servizio MuoverSi per il trasporto e accompagnamento

❑ in qualità di portatore di minorazione destinatario del servizio

oppure

se il richiedente non è il portatore di minorazione destinatario del servizio, ma chi ne ha la rappresentanza:
❑ ai sensi dell'art. 5 d.P.R. 445/2000, in qualità di:
- ❑ genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del portatore di minorazione;
- ❑ tutore/curatore del portatore di minorazione sotto riportato se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere.

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del portatore di minorazione; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza_____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

Per i seguenti motivi:

❑ **Lavoro**

da_____ a _____

comune di partenza *comune di arrivo*

- ❑ con un viaggio giornaliero di andata e ritorno
- ❑ con due viaggi giornalieri di andata e ritorno
- ❑ per tutti i mesi dell'anno
- ❑ solo nei mesi di _____

❑ **Studio**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con un viaggio giornaliero di andata e ritorno
- ❑ con due viaggi giornalieri di andata e ritorno
- ❑ altro _____

❑ **Incarichi di volontariato**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con altra frequenza _____

(Rientrano in questa tipologia unicamente gli impegni per cariche negli organi o per impegni di servizio programmato non occasionale nelle organizzazioni o loro articolazioni di livello provinciale)

❑ **Attività sociale presso il Centro/Laboratorio**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con altra frequenza_____

❑ **Prestazioni sanitarie per cure presso presidio ospedaliero Casa di Cura/Centro**

- ❑ per il periodo dal_____ al _____

con frequenza_____

- ❑ con frequenza giornaliera
- ❑ le date degli appuntamenti non sono state ancora concordate
- ❑ al bisogno_____

❑ **Visite mediche e prestazioni diagnostiche**

- ❑ per il periodo dal_____ al _____
- ❑ le date degli appuntamenti non sono state ancora comunicate
- ❑ al bisogno_____

(Qualora le prestazioni si svolgano fuori provincia è necessario segnalarle preventivamente utilizzando l'apposito modulo disponibile presso lo Sportello MuoverSi e sul sito internet della Provincia)

❑ **Altre necessità**

Specificare che cosa e la periodicità dei relativi viaggi_____

chiede inoltre

- ❑ Il riconoscimento dell'accompagnamento supplementare
- ❑ L'attivazione del Servizio SmuoverSi al seguente numero di cellulare_____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

D I C H I A R A

❑ di essere iscritto/che la persona è iscritta al seguente istituto scolastico/formativo e/o facoltà universitaria *(solo per gli studenti)*

_____

❑ **di essere/che la persona è**

❑ persona che vive in una abitazione **dove esistono barriere architettoniche** (in quanto priva di ascensore o di servoscala), le cui necessità di viaggio hanno sempre come destinazione:

❑ uno stabile dove non esistono barriere architettoniche

❑ uno stabile dove esistono barriere architettoniche

(*specificare)*_____

❑ persona che vive in una abitazione dove **non esistono barriere architettoniche,** tra le cui richieste di viaggio vi è anche la/le seguente/i destinazione/i dove esistono barriere architettoniche *(specificare)*_____

❑ Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo pec sopra indicato)_____ quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

_____

Firma

_____

ALLEGATI

Documentazione generale:

- ❑ informativa privacy
- ❑ fotocopia del certificato di invalidità che attesti l'impossibilità di deambulare in modo autonomo senza l'aiuto di un accompagnatore *(codice 05)* o l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita *(codice 06),* o altri titoli ad essi equiparati, rilasciato per qualsiasi causa, da commissioni pubbliche *(Apss, Inail, Inps, Commissioni di verifica, Commissioni mediche ospedaliere, Commissioni del Ministero del Tesoro)*
- ❑ fotocopia del certificato di invalidità che dia diritto all'erogazione dell'assegno mensile a favore di minorenni invalidi *(codice 07)*
- ❑ fotocopia del certificato rilasciato da commissioni mediche pubbliche da cui risulti la cecità assoluta, parziale o l'ipovedenza grave *(per i non vedenti)*
- ❑ *in alternativa alle predette certificazioni* fotocopia del certificato di handicap con connotazione di gravità *(ex art. 3 comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104)* rilasciato dalle Commissioni Asl, in cui sia precisata la grave limitazione della capacità di deambulazione
- ❑ dichiarazione del datore di lavoro che attesti lo svolgimento di attività lavorativa *(per i lavoratori*)
- ❑ dichiarazione del legale rappresentante dell'Organizzazione di volontariato che attesti l'impegno di servizio ufficiale e programmato presso l'organizzazione stessa o l'incarico in suoi organi *(per chi svolge costante attività di volontariato)*
- ❑ dichiarazione dell'Ente che attesti la frequenza *(per chi svolge attività presso centri diurni)* o certificazione dei servizi sociali
- ❑ fotocopia della prescrizione o della certificazione medica o del certificato di ricovero attestanti la necessità della prestazione sanitaria

INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE n. 679 del 2016

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito il "Regolamento") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.
In osservanza del principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, la Provincia Autonoma di Trento Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento (rispettivamente, raccolta dati presso l'Interessato e presso terzi).

Titolare del trattamento dei dati personali è la Provincia autonoma di Trento (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Presidente della Giunta Provinciale in carica), Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494697, fax 0461.494603 e-mail direzionegenerale@provincia.tn.it, pec segret.generale@pec.provincia.tn.it.

Preposto al trattamento è il Dirigente pro tempore dell'Unità di missione semplice disabilità ed integrazione socio sanitaria, i dati di contatto sono: indirizzo Via Gilli, 4 38121 Trento, tel. 0461 494000, fax 0461 493801, e-mail umse.disabili_integrasociosan@provincia.tn.it. Il Preposto è anche il soggetto designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 15 – 22 del Regolamento, di seguito descritti.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (RPD) sono: via Mantova n. 67, 38122 – Trento, fax 0461.499277, e-mail idprivacy@provincia.tn.it (indicare, nell'oggetto: "Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE").

Il trattamento dei Suoi dati personali in qualità di Beneficiario e/o Rappresentante dello stesso sarà improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento.

1. FONTE DEI DATI PERSONALI
I Suoi dati:
• sono raccolti presso l'Interessato (Lei medesimo) in qualità di Beneficiario e/o Rappresentante dello stesso;
• sono raccolti presso i Centri di assistenza fiscale/Patronati.

2. CATEGORIA DI DATI PERSONALI (INFORMAZIONE FORNITA SOLO SE I DATI SONO RACCOLTI PRESSO TERZI)
I dati personali trattati appartengono alla seguente/e seguente/i categoria/e:
• Dati personali diversi da particolari categorie di dati (c.d. dati comuni) – nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, telefono, indirizzo di posta del Beneficiario e/o del Suo Rappresentante;
• Dati reddituali e patrimoniali – del Beneficiario;
• Dati personali appartenenti a particolari categorie di dati (c.d. sensibili) – del Beneficiario;
• Dati relativi allo stato di salute, genetici, biometrici (c.d. dati supersensibili) – stato di salute del Beneficiario.

3. FINALITA' DEL TRATTAMENTO
Il principio di minimizzazione prevede come possano essere raccolti e trattati soltanto i dati personali pertinenti e non eccedenti alle specifiche finalità del trattamento.

Il principio di limitazione della conservazione consiste nel mantenere i dati in una forma che consente l'identificazione degli Interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, salvo casi eccezionali.

Anche per tali ragioni, nonché nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento, di seguito Le indichiamo specificamente le finalità del trattamento (cioè gli scopi per cui i dati personali sono raccolti e successivamente trattati), nonché la relativa base giuridica (ovvero la norma di legge – nazionale o comunitaria – o di regolamento) che consente il trattamento dei dati Suoi dati personali in qualità di Beneficiario e/o Rappresentante dello stesso:

per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico/connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare (art.6, par. 1, lett. e), del Regolamento), in particolare per l'ammissione al Servizio di trasporto e accompagnamento per i soggetti portatori di minorazione ai sensi e per gli effetti della l.p. 7 gennaio 1991, n. 1, art. 20.

Con riferimento ai dati personali del Beneficiario riconducibili a "categorie particolari", ex art. 9 del Regolamento (quali, ad esempio, quelli che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, ovvero ancora quelli relativi alla salute, o alla vita sessuale, o all'orientamento sessuale)/relativi a condanne penali, o a reati, o a connesse misure di sicurezza ex art. 10 del Regolamento, si precisa altresì come il relativo trattamento sia necessario, ai sensi dello stesso art. 9.2, lettera g) del Regolamento, dell'art. 2 sexies del D.lgs 196/03 e del Decreto del Presidente della Provincia n. 27 – 129/Leg di data 8 ottobre 2013 recante "approvazione del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, ai sensi degli articoli 20 e 21 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)" - Scheda 13.

Per massima chiarezza, Le precisiamo che, essendo fondato sulle predette basi giuridiche, non è quindi necessario il consenso al trattamento di tali dati personali.

Quanto ai dati relativi allo stato di salute, che non possono in ogni caso essere diffusi, si evidenzia altresì come tali dati siano trattati in conformità all'art. 2 septies del D.lgs 196/03 e nel rispetto di quanto specificamente previsto dal Garante.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte quelle ausiliarie e connesse (quali, ad esempio, richiesta di ulteriori chilometri, richiesta di accompagnamento supplementare, segnalazione di viaggio fuori provincia, duplicato tessera, restituzione somme versate); il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.

4. MODALITA' DI TRATTAMENTO
Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatizzati (informatici/elettronici) con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità degli stessi.

I Suoi dati in qualità di Beneficiario e/o Rappresentante dello stesso saranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, dal personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti.

Sempre per le finalità indicate, i dati del Beneficiario e/o del Rappresentante potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per il Titolare, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento.

5. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONE
E' esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

6. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (categorie di destinatari)
I dati personali del Beneficiario e/o del Suo Rappresentante saranno comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- Caf e Patronati;
- Vettori che svolgono il servizio di trasporto e accompagnamento convenzionati con la PAT.

7. TRASFERIMENTO EXTRA UE
I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
In osservanza del succitato principio di limitazione della conservazione, Le comunichiamo che il periodo di conservazione dei dati personali del Beneficiario e/o del Rappresentante, è previsto nel "massimario di scarto", o in eventuali norme di legge o di regolamento, ed è di 10 anni dalla cessazione del servizio per cui è stata presentata la domanda.

Trascorso tale termine i dati saranno cancellati, fatta salva la facoltà del Titolare di conservarli ulteriormente per finalità compatibili con quelle indicate, ovvero per fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca storica o a fini statistici.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO
Lei potrà esercitare in qualità di Beneficiario e/o Rappresentante dello stesso, nei confronti del Titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento. In base alla normativa vigente:
• chiedere l'accesso ai dati personali e ottenere copia degli stessi (art. 15);
• qualora li ritenga inesatti o incompleti, richiederne, rispettivamente, la rettifica o l'integrazione (art. 16);
• se ricorrono i presupposti normativi richiederne la cancellazione (art. 17) o esercitare il diritto di limitazione (art. 18)
• opporsi al trattamento dei dati (compresa l'eventuale profilazione) in qualsiasi momento, per motivi connessi a situazioni particolari (art. 21).

Ai sensi dell'art. 19, nei limiti in cui ciò non si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, il Titolare comunica a ciascuno degli eventuali destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le rettifiche, o cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate; qualora Lei lo richieda, il Titolare Le comunicherà tali destinatari.

In ogni momento, inoltre, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa.

_____	_____	_____
(luogo)	(data sottoscrizione)	(firma dell'interessato)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del d.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

❑ sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(*indicare il nome del dipendente addetto)*

❑ consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

❑ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante _____
il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____	_____
(data)	*(timbro dell'ufficio e firma)*

❑ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante_____
il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di_____che il/la sig./ra _____ si trova un una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____	_____
(data)	*(timbro dell'ufficio e firma)*