Allegato 1

AVVISO PUBBLICO

CODICE CUP: I41H2600070003

DOMANDA DI ACCESSO AI CONTRIBUTI ECONOMICI PER FAMILIARI DELLE PERSONE OSPITI (O AGLI STESSI OSPITI) IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (L.R. 21/2016 e s.m.i.) DELLE AREE DI UTENZA "ANZIANI", "DISABILITÀ" E "SALUTE MENTALE - ANNO 2026"

(DGR n. 889/2026 e Avviso Regionale "Multileva Famiglie 3.2")

Il presente avviso si inserisce nell'ambito dell'asse 3 dell'intervento "**Multileva Famiglie 3.2**", finanziato con risorse del Programma Operativo Complementare (POC) Marche 2014-2020 volto a sostenere le famiglie che affrontano i costi dell'assistenza residenziale di persone anziane, con disabilità o con problematiche di salute mentale ospiti in strutture socio-sanitarie e sociali. L'obiettivo della misura è offrire un supporto economico concreto per favorire la continuità assistenziale e contrastare il rischio di impoverimento legato alle spese di permanenza in struttura.

Il presente Avviso è coordinato con l'Avviso attuativo della misura Multileva di cui alla DGR 889 del 13/7/2026 dunque qualora siano presentate istanze per la stessa PIS riconducibili ad entrambe le misure, si applica il seguente ordine di priorità:

1. istanza ammissibile presentata dalla DFPIS nell'ambito del Multileva 3.1;
2. istanza ammissibile presentata nell'ambito del Multileva 3.2.

L'assegnazione del contributo nell'ambito di una delle due misure comporta l'automatica decadenza e l'esclusione dalla graduatoria dell'altra misura.

In riferimento al costo della retta sostenuta, il contributo di cui al presente avviso può essere erogato esclusivamente ad un unico destinatario (FPIS o PIS che non ha il supporto economico dei familiari).

ART. 1 – RISORSE A DISPOSIZIONE ED ENTITA' DEL CONTRIBUTO

Il fondo disponibile a disposizione della Regione Marche per il periodo di riferimento del presente avviso**, 1° gennaio 2026 – 31 dicembre 2026**, è di euro 1.967.269,44 ed è suddiviso, in proporzione ai posti letto autorizzati come risultanti dai dati dell'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali (ORPS) alla

data dell'1/01/2026 in:

- Fondo area anziani 1.736.421,65 (posti letto n. 10.117)
- Fondo area disabili € 114.479,91 (posti letto n. 667)
- Fondo area salute mentale € 116.367,88 (posti letto n. 678)

Ciascun fondo è utilizzato per l'assegnazione dei contributi coerentemente con il tipo di struttura in cui è residente l'ospite per il quale la donna presenta la domanda. In caso di economie in una delle aree di utenza (anziani, disabili, salute mentale) le risorse in eccesso vengono ripartite, sempre in proporzione ai posti letto, nelle altre aree. Le strutture che fanno capo a ciascuna delle tre aree di utenza sono definite nell'Allegato B al presente avviso.

L'intervento è finanziato con risorse del Programma Operativo Complementare (POC) Marche 2014-2020 (Delibera Cipess n. 9/2024) Asse 7 Azione 7.4 Intervento Multileva Priorità 9.4. e fondi regionali.

Le risorse per l'intervento saranno assegnate ai singoli ATS, fino a esaurimento della dotazione finanziaria, in seguito alla redazione da parte della Regione Marche per ciascuna area di utenza di una graduatoria regionale basata sul valore dell'Isee ordinario in corso di validità della richiedente; in caso di parità la priorità è data all'istanza in cui la persona in struttura ha ISEE socio-sanitario residenze più basso.

Il contributo consiste nell'erogazione di **Euro 250,00 mensili** per un massimo di **12 mensilità** e quindi per un importo massimo concedibile di Euro 3.000,00 annui per destinatario.

Il contributo:

- non è frazionabile;
- non è compatibile con altri contributi aventi la medesima finalità;
- è riconosciuto mensilmente, integralmente, a prescindere dall'entità della spesa sostenuta, se:
    - il pagamento della retta è avvenuto per almeno 15 giorni nel mese di riferimento;
    - i requisiti della persona richiedente e della persona in struttura permangono oltre il giorno 15 del mese di riferimento.

Per la stessa persona ospite in struttura:

- può essere riconosciuto un solo contributo;
- non è consentito il doppio finanziamento della medesima quota sociale della retta con altri contributi di enti pubblici.

ART. 2 - DESTINATARI FINALI

I destinatari finali del contributo sono:

A. Familiari di persone ospiti in struttura (FPIS);

B. Persone ospiti in struttura (PIS), che non si avvalgono di un supporto economico dei familiari.

I FPIS possono presentare istanza di accesso al contributo per più persone in struttura (PIS), parenti o affini, per le quali sostengono la quota sociale della retta o parte di essa.
La PIS presenta istanza presso l'ATS del Comune in cui era residente prima dell'inserimento in struttura, anche per il tramite dell'amministratore di sostegno o il tutore.

Per la liquidazione del contributo sarà necessario presentare:

a) contratto con la struttura residenziale o altro documento da cui si evince l'impegno economico del FPIS a sostenere la quota sociale della retta in tutto o in parte;

b) fatture intestate al FPIS e relativi bonifici del FPIS in favore della struttura con causale dalla quale si evinca il pagamento della retta per la PIS ed i mesi di riferimento;

c) nel caso in cui nel contratto o altro documento non si evince l'impegno economico del FPIS in quanto il familiare contribuisce al pagamento della retta o tramite pagamento diretto alla struttura o attraverso un bonifico su conto corrente intestato alla PIS:

- se il FPIS paga direttamente alla struttura, occorre produrre il contratto, le fatture intestate alla PIS con quietanze intestate al FPIS con specifica dei mesi di riferimento. In ogni caso nella quietanza va specificato che il pagamento del FPIS è inerente la fattura intestata alla PIS;
- se il FPIS contribuisce al pagamento della retta tramite bonifico effettuato da parte del FPIS alla PIS, occorre produrre: a) contratto; b) fattura; c) bonifico in favore della PIS; d) quietanza con specificato che il pagamento del FPIS è inerente la fattura intestata alla PIS ed i mesi di riferimento.

Oltre alle fatture delle strutture residenziali sono ammesse anche le note di debito / dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore della struttura.

ART. 2.1 – FAMILIARI DELLA PERSONA IN STRUTTURA CHE PRESENTA ISTANZA
A. Se il richiedente è il familiare della persona in struttura (FPIS), deve possedere i seguenti requisiti:

a) residenza in un Comune della regione Marche all'1/01/2026;

b) residenza in un Comune dell'Ambito Territoriale IX al momento della presentazione della domanda;
c) maggiorenne alla data di presentazione dell'istanza;
d) avere uno dei seguenti gradi di parentela o affinità con la persona in struttura (PIS):

- coniuge o convivente di fatto o unito civilmente
- parente di 1° o 2° grado
- affine di 1° o 2° grado

e) avere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) ordinario in corso di validità non superiore ad euro 25.000,00;
f) aver provveduto, nel periodo di riferimento o parte di esso, al pagamento della quota sociale della retta o parte di essa, inerente familiari in struttura residenziale come di seguito specificato

Requisiti per la persona in struttura per la quale il familiare presenta istanza

La persona deve essere inserita, al momento della presentazione della domanda, presso una struttura residenziale, collocata nella regione Marche, socio-sanitaria o sociale autorizzata al funzionamento ai sensi della L.R. 21/2016 e s.m.i. e afferente alle Aree di utenza "anziani", "persone con disabilità" e "salute mentale", come da "Allegato B".

La persona in struttura per la quale il familiare presenta istanza deve possedere ISEE socio-sanitario residenze non superiore a € 25.000,00.

ART. 2.2 PERSONA IN STRUTTURA CHE PRESENTA ISTANZA

B. Se il richiedente è la persona in struttura (PIS), deve possedere i seguenti requisiti:

a) essere inserita, al momento della presentazione dell'istanza, in una struttura residenziale collocata nella regione Marche, socio-sanitaria o sociale autorizzata al funzionamento ai sensi della L.R. 21/2016 e s.m.i. e afferente alle Aree di utenza "anziani", "persone con disabilità" e "salute mentale", come da "Allegato B";
b) Avere un "ISEE socio sanitario residenze" in corso di validità non superiore ad euro 25.000,00;
c) sostenere il pagamento della retta senza il supporto economico dei familiari

ART. 2.3 REQUISITI DELLA STRUTTURA IN CUI È COLLOCATA LA PERSONE OSPITE IN STRUTTURA

E' una struttura residenziale localizzata in un Comune della Regione marche, autorizzata ai sensi della

L.R.21/2016 e s.m.i., di tipo socio-sanitario o sociale, delle aree di utenza "anziani", "disabilità", "salute mentale" come da elenco di cui all'ALLEGATO B. Ogni struttura debitamente autorizzata ai sensi della L.R.21/2016 e s.m.i., ha un codice Orps visionabile al seguente link http://serviziorps.regione.marche.it/ricerca (Servizi - effettua ricerca)

ART. 3 –TEMPI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per l'accesso al contributo il familiare o la persona in struttura (nel caso consentito) deve presentare la seguente documentazione:

a) Modello di Istanza per la richiesta di contributo (All. A);
b) Copia di un documento d'identità valido del familiare della persona in struttura che sottoscrive la domanda di contributo;
c) Copia di un documento d'identità valido della persona in struttura;

Per la presentazione della domanda il richiedente (FPIS) deve provvedere all'elaborazione dell'ISEE Ordinario in corso di validità e la persona in struttura (PIS) all'ISEE socio-sanitario residenze in corso di validità ed **avere entrambe le attestazioni ISEE** entro i termini di scadenza del bando, pena l'esclusione della domanda.
Nel corso dell'istruttoria si provvederà a richiedere integrazione di eventuale documentazione incompleta o mancante da produrre entro 2 giorni dalla richiesta.

La **PERSONA IN STRUTTURA** presenta istanza presso l'ATS del Comune in cui era residente **prima** dell'inserimento in struttura, anche per il tramite dell'amministratore di sostegno o il tutore.

La domanda può essere presentata **solo in modalità telematica** utilizzando lo sportello telematico

Dal 26 ottobre 2026 al 16 novembre 2026

Accedendo al link tramite SPID, CIE o CNS:
https://sportellotelematico.aspambitonove.it/procedure%3Aaspan%3Asostegno.economico.familiari?source=2445
È disponibile anche un video-tutorial a supporto della compilazione del modulo on-line Sportello telematico - Video tutorial: https://www.aspambitonove.it/servizi-online/index.html
Per i cittadini che necessitano di **assistenza nella compilazione** e nell'invio telematico della domanda è possibile usufruire gratuitamente del servizio Bussola Digitale della Regione Marche, attivo sul territorio previo appuntamento.
Sedi e orari disponibili:

- Centro per l'Impiego di Jesi (Viale del Lavoro n. 32): ogni giovedì dalle ore 10:00 alle ore 16:00;
- Delegazione Comunale di Moie - Comune di Maiolati Spontini (Via della Fornace n. 23): ogni lunedì dalle ore 9:30 alle ore 13:00.

Modalità di prenotazione È possibile fissare un appuntamento:

- online, accedendo al portale https://bussoladigitale.regione.marche.it/ nella sezione "Sedi e Prenotazioni", selezionando la sede di interesse e scegliendo data e orario disponibili;
- tramite e-mail all'indirizzo erik.silvi@regione.marche.it, indicando il comune di preferenza e un recapito telefonico per essere ricontattati e concordare l'appuntamento.

È inoltre possibile ricevere assistenza nella compilazione e nell'invio telematico della domanda presso il **PUA di Jesi**, senza appuntamento, il martedì pomeriggio dalle 15:00 alle 17:30 presso l'Ospedale C. Urbani, via Aldo Moro, 25 Jesi. Il servizio offre supporto dedicato ai cittadini che necessitano di accompagnamento nella presentazione della richiesta.
Tel: 0731/534051
Mail: puajesi.ast.an@sanita.marche.it

ART. 4 – ESCLUSIONE E INTERRUZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo è ESCLUSO per le istanze:

- presentate fuori i termini indicati nel presente avviso;
- prive dei requisiti richiesti;
- mancanti della documentazione prevista;
- riferite a spese (quota sociale della retta) già finanziate anche solo in parte con altri contributi pubblici (esempio: integrazione retta, Long Term Care, ecc.);
- presentate con modalità differenti da quella telematica.

Il contributo viene INTERROTTO nei seguenti casi:

- rinuncia;
- decesso della persona ospite dopo la presentazione dell'istanza all'ATS;
- dimissione dalla struttura dopo la presentazione dell'istanza all'ATS;
- interruzione del pagamento della retta;
- Perdita dei requisiti della struttura in cui si trova la persona.

L'interruzione nell'erogazione del contributo, nei casi sopra indicati, comporta che il contributo sia riconosciuto per tutte le mensilità maturate prima dell'evento compreso il mese in cui è avvenuto l'evento se avvenuto oltre il giorno 15.

I richiedenti destinatarie del contributo si impegnano a comunicare tempestivamente all' ATS IX qualsiasi variazione in merito ai requisiti e alle condizioni di cui sopra.

ART. 5 - ISTRUTTORIA, FORMAZIONE DELL'ELENCO DELLE ISTANZE AMMISSIBILI, GRADUATORIE ED EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

L'ATS9:

- ✓ verifica l'ammissibilità delle istanze e effettua i controlli documentali previsti dalla normativa vigente sulle dichiarazioni prodotte dalle richiedenti;
- ✓ redige il verbale istruttorio
- ✓ adotta il provvedimento di ammissione e non ammissione delle istanze
- ✓ trasmette la domanda di accesso alla misura alla Regione Marche tramite SIFORM 2
- ✓ provvede allo scorrimento della graduatoria (come da assegnazione della Regione per ogni singolo ATS) nei casi di cui al punto 4 (Interruzione del contributo)

Le istanze ritenute ammissibili dall'ATS IX saranno finanziate solo se collocate in posizione utile nella graduatoria regionale. In caso di scorrimento di graduatoria il destinatario subentra al contributo nella mensilità successiva a quella della cessazione.
In caso di esclusione di una istanza verrà data comunicazione all'interessata nei termini di legge.

La Regione Marche:

- ✓ riceve la scheda riepilogativa delle istanze ammissibili fornite dagli ATS e le articola in 3 elenchi distinti sulla base dell'area di utenza cui afferisce la struttura ("anziani", "persone con disabilità" e "salute mentale") in cui è ospite la persona
- ✓ redige da ciascun elenco di area di utenza una graduatoria regionale basata sul valore dell'Isee ordinario in corso di validità (si considera l'ISEE ordinario in corso di validità del familiare se l'istanza è da lui presentata, l'ISEE socio sanitario residenze della persona in struttura se è la persona in struttura che presenta l'istanza); in caso di parità di Isee ordinario tra due familiari la priorità è data all'istanza in cui la persona in struttura ha ISEE socio sanitario residenze più basso; in caso di parità tra ISEE ordinario di un familiare e ISEE socio sanitario residenze di una persona in struttura , la priorità è data all'istanza del familiare (in coerenza con la finalità dell'intervento in oggetto di sostenere le famiglie); in caso di parità di ISEE socio-sanitario residenze di due persone in struttura, la priorità è data all'istanza della persona in struttura con età anagrafica maggiore nella quale è potenzialmente rinvenibile una situazione più gravosa o di maggiore fragilità sociale;

- ✓ adotta gli atti di assegnazione e riparto delle risorse a favore di ciascun ATS sulla base delle graduatorie, fino a esaurimento della dotazione finanziaria.

ART.6 RENDICONTAZIONE E LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI

Ai fini della liquidazione del contributo il familiare (FPIS) o la persona in struttura (PIS) è tenuto a presentare all'ATS9, **entro il 10 febbraio 2027, l'Allegato H** (allegato al presente avviso) unitamente ad idonea documentazione fiscale inerente il pagamento della quota sociale della retta, o di parte di essa, indipendentemente dall'entità pagata, al fine di dimostrare la presenza in struttura del familiare e il pagamento sostenuto.

Ai fini dell'ammissibilità della spesa e della regolarità dei giustificativi (fatture della struttura; ricevute di pagamento o bonifici o quietanze), le fatture dovranno risultare intestati alternativamente:

- Al FPIS richiedente che provvede al pagamento;
- Alla PIS in caso il FPIS abbia provveduto ad effettuare un bonifico in favore della PIS per il pagamento della retta (occorre in questo caso presentare attestazione del bonifico in favore della PIS con causale specifica e quietanza pagamento retta)
- Alla PIS in caso la stessa abbia presentato istanza direttamente
- Alla PIS ma con pagamento diretto alla struttura da parte del FPIS

La suddetta documentazione dovrà essere trasmessa all'indirizzo di posta elettronica dell'ASP AMBITO 9: **asp.ambitonove@aspambitonove.it** .

La Regione provvede, con proprio provvedimento, a liquidare ciascun ente capofila di ATS sulla base di quanto dichiarato.

Gli ATS, a loro volta, provvedono a liquidare il contributo ai destinatari finali individuati nelle graduatorie regionali qualora i documenti presentati (vedi allegato H) siano corretti e completi.

Nel caso di rinuncia, perdita dei requisiti, decesso della persona ospite, dimissione dalla struttura o altra causa di cessazione del beneficio prevista dall'Avviso regionale, l'ATS IX ne darà comunicazione alla Regione Marche ai fini dell'eventuale scorrimento della graduatoria regionale.

ART. 7 TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Le attività oggetto della presente convenzione comportano il trattamento di dati personali ai sensi del

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito Regolamento) nonché del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii recante il Codice in materia di protezione dei dati personali.
Titolare del trattamento dei dati è la Regione Marche. Si rinvia alla Regione Marche per gli approfondimenti.

Gli Ambiti Territoriali Sociali vengono designati quali responsabili del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 Reg. UE 2016/679, per la durata dell'avviso e per le attività in esso disciplinate.

ACRONIMI

PIS	Persona in struttura residenziale
FPIS	Familiare di persona in struttura residenziale
ISEE	Indicatore Situazione Economica Equivalente
ATS	Ambito Territoriale Sociale
Quota sociale della retta	Quota della retta a carico dell'utente non ricompresa nella quota sanitaria
Parente	parente di primo grado (genitori e figli); parente di secondo grado (nonni, fratelli, sorelle e nipoti in quanto figli dei figli
Affine	affine di primo grado (suocero/a, genero/nuora, figli acquisiti del coniuge) affine di secondo grado (fratelli/sorelle del coniuge)

ALLEGATI

d) ALLEGATO A MODELLO ISTANZA RICHIESTA CONTRIBUTO
e) ALLEGATO B STRUTTURE RESIDENZIALI DI RIFERIMENTO
f) ALLEGATO H (modello di rendiconto per destinatari da presentare in sede di istanza per il periodo gennaio/settembre 2026)

ALLEGATO B - STRUTTURE RESIDENZIALI DI RIFERIMENTO

Denominazioni e codici per le strutture autorizzate a partire dal 20.07.2020 (dopo DD.GG.RR n. 937/20, n. 938/20 aggiornate con DGR n. 1412 del 30/09/2023 e la DGR n. 940/20 aggiornata con DDGGRR n. 1265/2023 e n.1197/2024)					Denominazioni e codici per le strutture autorizzate prima del 20.07.2020	
Area di Utenza	**Regime**	**Area**	**Nuova denominazione**	**Tipologia nuovo Codice (Reg. R 1/2018)**	**Precedente denominazione**	**Tipologia Precedente codice (D.G.R. 289/2015)**
ANZIANI	Residenziale	Sanitaria Extraospedaliera	Cure intermedie	R1	Cure Intermedie	R2.1
		Sanitaria Extraospedaliera Demenze	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	R2D	RS3-RSA demenze	R2D
		Sanitaria Extraospedaliera	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	R2	RS2-RSA per Anziani non autosufficienti	R2.2
		SocioSanitaria Demenze	Residenza Protetta per persone con demenze	R3D	RPDEM-Residenza Protetta Demenze	R3.1
		SocioSanitaria	Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti	R3	RPA-Residenza Protetta per Anziani	R3.2
		Sociale	Casa di Riposo per Anziani autosufficienti	CR	Casa di Riposo per Anziani	CR
		Sociale	Casa Albergo per Anziani autosufficienti	CAA	Casa Albergo per Anziani	CAA
		Sociale	Comunità Alloggio per Anziani autosufficienti	CA	Comunità Alloggio	CA
DISABILITA'		SocioSanitaria	Residenza sociosanitaria assistenziale per disabili	RD3	PRF3-Residenze sanitarie assistenziali RSA disabili	PRF3/RD3
					COSER-Comunità socio educativo riabilitativa per disabili	COSER/RD3
					RPD-Residenza protetta per disabili	RPD/RD3
		SocioSanitaria	Gruppo Appartamento per la disabilità	RD4	CAD-Comunità Alloggio per Disabilità	CAD
					COSER-Comunità socio educativo riabilitativa per disabili	COSER/RD3
DISABILITA'	Residenziale	Sociale	Comunità Alloggio per persone con lievi Disabilità	CAD	Comunità Alloggio per Disabilità	CAD
SALUTE MENTALE	Residenziale	SocioSanitaria	Comunità protetta per la salute mentale	SRP3	Comunità Protetta (CP)	SRP 3.1.1
						SRP 3.1.2
						SRP 3.2
SALUTE MENTALE	Residenziale	SocioSanitaria	Gruppo appartamento per la salute mentale	SRP4	Gruppo Appartamento	SRP3.3
SALUTE MENTALE					Comunità Alloggio per Persone con Disturbi Mentali	CADM
SALUTE MENTALE	Residenziale	Sociale	Comunità Alloggio per persone con lievi Disturbi Mentali	CALDM	Comunità Alloggio per Persone con Disturbi Mentali	CADM

Allegato H

Contributi economici a familiari di persone ospiti (oppure a ospiti) in strutture residenziali socio sanitarie e sociali per persone anziane, disabili, con problemi di salute mentale

(Attuazione decreto regionale n. 34 del 20.10.2026)

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. 9
CUP I41H2600070003

Il sottoscritto (*Dati del destinatario del contributo)*

Cognome_____ Nome_____

Residenza:_____

Codice Fiscale_____ in qualità di:

□Familiare della persona in struttura

□Persona in struttura □amministratore di sostegno □tutore

CHIEDE

- la liquidazione del contributo a sostegno della retta pagata per la struttura residenziale, per i mesi di

□ gennaio □ febbraio □ marzo □ aprile □ maggio □ giugno □ luglio □ agosto □ settembre □ ottobre □ novembre □ dicembre

Anno 2026

per un totale di euro__________ *(250,00 MENSILI)*

- che il contributo per il periodo di riferimento, pari ad euro____________ (euro 250,00 mensili) venga accreditato sul conto corrente di seguito indicato che risulta intestato a : ____

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|

Pertanto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara quanto segue:

Dichiara

- che per ciascuno dei mesi inseriti nella presente richiesta la quota sociale della retta o parte di essa è stata sostenuta per un periodo pari o superiore a 15 giorni
- di non aver usufruito per la retta di riferimento altri contributi da parte del Comune o altri enti pubblici;

solo per PIS

- che il familiare in struttura per il quale si chiede il contributo è identificato come segue: Cognome e Nome: ____

Data di nascita:

____

Grado di parentela del familiare CON IL SOTTOSCRITTO :___________

Struttura residenziale denominata:

codice ORPS_____

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali come da informativa ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003, novellato dal D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE n. 2016/679.

Si allega quanto segue:

(barrare una delle tre opzioni)

☐ contratto con la struttura o altro documento da cui si evince l'impegno economico del FPIS a sostenere la quota sociale della retta in tutto o in parte

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo direttamente il pagamento

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo il pagamento tramite bonifico in favore della PIS

☐ Fatture (*) della struttura riferite ai mesi di_____come segue

- fattura n. del .. riferita al mese di
- fattura n. del .. riferita al mese di
- fattura n. del .. riferita al mese di

(fatture della struttura residenziale)

☐ Ricevute del pagamento delle fatture suindicate o quota parte come segue:

- ricevuta/bonifico del -----euro-----riferita alla fattura n
- ricevuta/bonifico del -----euro-----riferita alla fattura n
- ricevuta/bonifico del -----euro-----riferita alla fattura n

(dalle ricevute si deve evincere il beneficiario struttura residenziale)

(*) oltre alle fatture delle strutture residenziali sono ammesse anche le note di debito / dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore

Firma del richiedente: _____

Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ___/ ___/ ____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(*ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.