

**Contratto per corresponsione del Contributo di 160 Euro mensili per titolari di
assegno di Cura e Sostegno
(DGR 1122/02; D.G.R. 2068/04; D.G.R. 1206/07; D.G.R. 1230/08;)**

Io sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____,
residente a _____ in via _____ n. _____,
Codice fiscale _____,
recapito telefonico n. _____,
rapporto di parentela (o altro) con il disabile: _____,

mi impegno

a garantire, nell'ambito del programma di Assistenza Domiciliare Integrato ed in continuità con l'erogazione dell'Assegno di Cura, le prestazioni assistenziali già concordate in favore di:

Sig./ra _____,
nato/a _____ il _____,
residente a _____, in via _____, n. _____,
domiciliato/a a _____, in via _____, n. _____,

mi impegno inoltre

1. a collaborare con la **Responsabile del caso Assistente Sociale** _____
2. a comunicare a quest'ultima eventuali variazioni che potranno intervenire quali:
 - variazioni ISEE;
 - eventuali variazioni attestanti il regolare rapporto di lavoro dell'assistente familiare;
3. a rimborsare eventuali cifre non dovute (per es. perdita requisiti rededituali a seguito della variazione ISEE.)

Per le prestazioni assistenziali di cui sopra:

Accetto

la corresponsione di un contributo di € 160 mensili

dal _____ al _____ come definito dall'UVM.

Il contributo dovrà essere:

☐ accreditato sul c/c n. _____
Banca _____ Fil./Ag. _____ di _____

_____ ABI _____ CAB

IBAN _____

intestato a _____

☐ riscosso in contanti presso qualsiasi sportello della Banca Unicredit s.p.a.

In fede

Data

(firma del familiare o altro)

Recapito Ass. Sociale/ Responsabile del caso:

_____ tel. _____,

Art. 13 D.Lgs 196/2003 . L'Unione delle Terre d'Argine e' in possesso dei suoi dati personali e/o sensibili e/o giudiziari per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali previsti per le finalità indicate in questo modulo. I dati sensibili e/o giudiziari (di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) ed e)), saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi indicati nel presente modulo. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D. Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile dei Servizi Socio Sanitari nella persona Dirigente del Settore pro-tempore, con sede in via Carducci 32-34 - Carpi (Mo), tel. 059 649611, fax 059 649645. L'informativa completa denominata "**Utenti Area non autosufficienza - Adulti - Handicap**", può essere consultata su **www.terredargine.it/informative** oppure richiesta telefonando a QuiCittà allo 059/649.213 .

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 presta il suo libero consenso al trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nella suddetta informativa ed è consapevole che il trattamento potrà riguardare dati definiti sensibili e/o giudiziari di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) ed e), nonché art.26 e 27 del D.lgs.196/2003

Firma leggibile dell'interessato.