

Manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di famiglie ospitanti per l'attuazione del progetto **TRAME PER AVERE CURA**

## **Introduzione**

Il progetto Trame per avere cura, promosso dall'**Associazione Nam Jai Ets, Istituto Figlie dell Misericordia e della Croce** ed Ente di accoglienza **Attivamente Odv**, nell'ambito del Servizio Civile Universale 2024 nella linea di intervento assistenza e animazione rivolta a popolazione anziana e disabile ha come obiettivo quello di mettere in atto strategie finalizzate a favorire l'invecchiamento attivo attraverso il coinvolgimento in attività di animazione e di socializzazione sostenendo anche il lavoro dei caregiver attraverso attività di supporto nel disbrigo pratiche e accesso alle cure favorendo il lavoro di rete fra attori locali e portatori di interesse.

## **Scopo della Manifestazione di Interesse**

La presente Manifestazione di Interesse ha quindi lo scopo di individuare delle famiglie beneficiarie dell'assistenza e disposte a far parte di questa rete.

### **Requisiti nucleo familiare;**

- Residenza nel Comune di Montelepre
- Presenza nel nucleo familiare di soggetto ultra 65 enne con comprovate difficoltà a deambulare o svolgere le normali commissioni.

## **Impegno dell'organizzazione**

L'organizzazione si impegna a:

- **Fornire informazioni dettagliate:** Fornire alle famiglie ospitanti tutte le informazioni necessarie sul progetto, sui compiti dei volontari del Servizio Civile e sugli orari.
- **Offrire supporto:** Offrire un costante supporto alle famiglie ospitanti attraverso incontri individuali e di gruppo, consulenze etc.
- **Assicurare il rispetto delle normative:** Verificare il rispetto di tutte le normative vigenti

## **Modalità di partecipazione**

Le famiglie interessate sono invitate a compilare il modulo di adesione e documento di identità del soggetto beneficiario dell'intervento all'indirizzo mail [scu.attivamenteodv@gmail.com](mailto:scu.attivamenteodv@gmail.com): entro e non oltre il 10.09.2024, per ulteriori info rivolgersi allo sportello presso la sede dell'Associazione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09.30 alle 12.30 e dalle 16.30 alle 18.30.

La presente banca dati non costituisce graduatoria, la scelta dei beneficiari verrà adottata dall'Associazione anche attraverso colloqui conoscitivi per la valutazione dei bisogni assistenziali.

**Montelepre Agosto 2024**

**Attivamente ODV**

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del Trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di del Progetto TRAME PER AVERE CURA, SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE 2024

2. Modalità del Trattamento

Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplanano moduli cartacei

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta l'esclusione.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati forniti potranno essere comunicati all'ente capofila o al Ministero

5. Titolare del Trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è Presidenza di Attivamente Odv

6. Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di: a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali; b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento; e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione. h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta  **esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali

## MODULO DI ADESIONE

### COMPILAZIONE DIRETTA DEL BENEFICIARIO

Il sottoscritto.....nato a.....  
..... il...../...../..... residente a.....  
.....via.....  
Tel.....

### COMPILAZIONE DEL FAMILIARE REFERENTE DEL BENEFICIARIO

Il sottoscritto.....nato a.....  
..... il...../...../..... residente a.....  
.....via.....  
Tel..... Familiare referente Beneficiario:  
Cognome.....Nome.....Nato  
a..... il ...../...../..... con domicilio di assistenza  
a.....via.....  
..... Tel.....

**Chiede di usufruire del servizio di assistenza**

Dichiara di aver preso visione della manifestazione di interesse del Progetto Trame per avere cura:

- ♣ sulle caratteristiche del servizio volontario
- ♣ sulle forniture concesse
- ♣ sulle prestazioni da erogare al beneficiario
- ♣ sull'informativa privacy e trattamento dei dati

Si impegna a:

- ♣ collaborare con l'équipe dell'Associazione.

### ALLEGA

- DOCUMENTO DI IDENTITA' BENEFICIARIO, EVENTUALE FAMILIARE REFERENTE
- INFORMATIVA PRIVACY DEBITAMENTE FIRMATA

Montelepre .....

**FIRMA**