

PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2019
ASSISTENZA DOMICILIARE
INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI

Home Care Premium



*perché non c'è posto
migliore della tua casa*

DISTRETTO SOCIO SANITARIO (ASL 01) N. 2 PAOLA-CETRARO
COMUNE CAPOFILA: PAOLA (CS)

AVVISO PUBBLICO

Per l'Accreditamento/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019 – Assistenza Domiciliare" per Non Autosufficienti -INPS- Gestione ex INPDAP.

In esecuzione:

- della legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- dell'Accordo di Partenariato stipulato tra il Comune di Paola e i comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, San Lucido, Sangineto, facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di cui in epigrafe (Distretto Socio Sanitario (Asl 01) n. 2 Paola-Cetraro);
- dell'Accordo di Programma stipulato tra il Comune di Paola e l'INPS Gestione ex INPDAP, a valere sull'Avviso Home Care Premium 2019;
- della propria Delibera di G.M. n. 91 dell'8/05/2019;
- del decreto sindacale n. 9 del 21/01/2019;

SI RENDE NOTO

Il **Comune di Paola**, Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 2, comprendente i comuni del distretto Socio Sanitario Paola/Cetraro (**Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, San Lucido, Sangineto**), in qualità di Ente Partner, ha aderito al Progetto Home Care Premium 2019, finalizzato alla realizzazione di prestazioni e interventi, economici e di servizi, in favore dei dipendenti e pensionati pubblici, loro coniugi, parenti e affini di primo grado non autosufficienti.

In data 30/05/2019, è stato pertanto sottoscritto l'Accordo di Programma per la gestione coordinata ed integrata di interventi di Assistenza Domiciliare, a valere sull'Avviso Home Care Premium 2019.

Con tale sottoscrizione, l'Ente Partner si è impegnato a dare attuazione al programma di assistenza domiciliare in favore degli utenti Inps – Gestione ex Inpdap, secondo le modalità in esso definite.

Il progetto di Assistenza Domiciliare "Home Care Premium 2019", oltre all'attribuzione di prestazioni prevalenti, prevede, ad integrazione di queste ultime, il riconoscimento di **PRESTAZIONI INTEGRATIVE**, sempre interamente a carico dell'INPS, ma erogate dall'Ente Partner (ATS n. 2 – Distretto Socio-Sanitario n. 2 – Paola-Cetraro).

Al fine dell'erogazione di tali prestazioni integrative in favore dei cittadini, i rappresentanti del Distretto medesimo, nella seduta del 23/04/2019, hanno disposto l'avvio di un sistema di accreditamento di soggetti attuatori locali per l'erogazione delle prestazioni integrative, di cui al Progetto HCP 2019, nella forma della *voucherizzazione*.

Il *voucher* si configura nell'erogazione di un contributo progettuale personalizzato e finanziario a favore dei beneficiari che all'interno del progetto "Home Care Premium 2019" usufruiscono di Prestazioni Integrative che saranno fornite dai soggetti inseriti nell'elenco predisposto dal Comune di Paola nella qualità di Comune Capofila. Il *Voucher* è di fatto riconducibile ad un ticket spendibile per l'acquisto obbligatorio di beni/servizi/prestazioni, e che non potrà essere finalizzato a scopi diversi da quelli per i quali è riconosciuto.

Si precisa che il riferito, predisponendo, elenco ha valore prettamente informativo, essendo il suo scopo quello di agevolare le famiglie per la scelta del soggetto economico più consono a fornire le adeguate prestazioni, giusta direttiva fornita dall'Inps.

1. PRESTAZIONI EROGABILI

A. Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali:

Interventi integrativi e complementari svolti da operatori sociosanitari ed educatori professionali. È escluso l'intervento di natura professionale sanitaria;

B. Altri servizi professionali domiciliari:

Servizi professionali resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti;

C. Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:

Interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione della evoluzione della patologia degenerativa che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia;

D. Solievo:

A favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, qualora la necessità assistenziale non sia integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cosiddette "cure familiari".

G. Supporti:

Servizio di fornitura di supporti non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, previa dichiarazione redatta da un medico del SSN secondo il fac-simile allegato all'Avviso HCP 2019 che, senza entrare nel merito delle patologie riscontrate, dichiara sotto la propria responsabilità ed in modo inequivocabile il collegamento funzionale tra la tipologia di menomazione e/o riduzione delle capacità funzionali del soggetto non autosufficiente e il supporto sotto il profilo dell'attitudine ad agevolarne il recupero di un maggiore livello di autonomia e/o la prevenzione e/o il rallentamento del decadimento funzionale. Sono considerati supporti:

I. le protesi e gli ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jericho e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera);

II. gli apparecchi per facilitare la percezione uditiva o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità;

III. le poltrone e i veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie;

IV. strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;

V. ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;

VI. attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne;

VII. l'adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di beneficiari gravemente disabili, per la modifica degli strumenti di guida;

VIII. la realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti adibiti ad abitazioni private;

IX. qualsiasi altra fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

I supporti possono essere riconosciuti nel limite massimo del 10% del budget individuale annuale con la possibilità di cumulare i budget annuali maturati per l'acquisto del supporto.

H. Percorsi di integrazione scolastica:

Servizi di assistenza specialistica ad personam in favore di studenti con disabilità volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall'articolo 13, comma 3 della Legge 104/1992. Hanno diritto all'assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti del budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex lege 104/1992. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno della scuola e anche al di fuori dell'orario scolastico;

L. Servizi per minori affetti da autismo:

Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo;

Per l'attivazione delle Prestazioni Integrative ogni beneficiario "dispone" di un valore massimo di "budget" di intervento, nel periodo di attuazione del progetto assistenziale e comunque fino al 30 giugno 2022 (salvo proroghe da parte dell'Inps), variabile rispetto all'ISEE e al grado di non autosufficienza.

Fatto salvo il caso di cui all'art. 7, comma 7 dell'Avviso di adesione al Progetto Hcp2019 (*"I beneficiari del progetto HCP 2017, vincitori del presente Bando, mantengono il patto socio assistenziale già accettato. Il PAI già accettato nel progetto HCP 2017 potrà essere ridefinito su richiesta del beneficiario ovvero del responsabile di programma a cura del soggetto convenzionato, così come in caso di sopraggiunta incompatibilità con le prescrizioni di cui al presente Bando"*), le prestazioni integrative, nei limiti di budget di cui all'art. 4, comma 4, del predetto Avviso di adesione (che per comodità di esposizione di seguito si riporta in apposita tabella), saranno assegnate dall'operatore sociale dell'INPS, con costi a carico dell'Istituto, tra quelle sopra citate e saranno formalizzate nel PAI di cui all'art. 7 dell'Avviso. L'operatore sociale individuato dall'Ambito territoriale potrà modificare il PAI a richiesta dell'interessato o al variare del budget assegnato. Nei casi di cui i beneficiari HCP 2019 siano già stati valutati nel progetto HCP 2017, ma non abbiano accettato il PAI del precedente progetto, il comune di Paola provvederà alla redazione del primo PAI. A ciascun beneficiario, potranno essere riconosciute prestazioni integrative, nei limiti del budget assegnato in base al proprio ISEE sociosanitario fino alla data di eventuale interruzione dell'erogazione della prestazione e, comunque, fino al 30 giugno 2022 a decorrere: a) nel caso dei vincitori inseriti nella graduatoria del 4 giugno 2019, dal 1 luglio 2019 ovvero dalla data di decorrenza dell'erogazione delle prestazioni integrative da parte dell'Ente convenzionato, b) dal termine così come individuato dall'art. 7, comma 4, del citato Avviso, nel caso di vincitori inseriti nelle graduatorie successive.

Il budget dovrà intendersi attribuito per anno solare e determinato dall'incrocio tra il valore dell'ISEE socio-sanitario e la valutazione del bisogno socio-assistenziale, di cui all'art. 6, in base alla seguente tabella che, ai soli fini di facilità di calcolo, riporta l'importo mensile:

ISEE del beneficiario	Punteggio relativo al bisogno assistenziale		
	Fascia I	Fascia II	Fascia III
0 – 8.000,00	500,00	400,00	300,00
8.000,01 – 16.000,00	400,00	300,00	200,00
16.000,01 – 24.000,00	300,00	200,00	150,00
24.000,01 – 32.000,00	200,00	150,00	--
32.000,01 – 40.000,00	150,00	--	--

Il budget assegnato a ciascun nuovo beneficiario HCP 2019 verrà garantito dall'INPS nel rispetto dei seguenti limiti e somme massime di progetto, onnicomprensive di ogni onere e imposta (si fa presente che, con nota PEC del 21/05/2019, nostro prot. n. 9552 del 22/05/2019, e con rettifica PEC del 23/05/2019, la Direzione regionale INPS Area Credito e Welfare ha trasmesso il tariffario HCP 2019 allo scopo di riallineare le tariffe massime delle prestazioni integrative proposte da Ambiti/Enti con quelle determinate dalla medesima Direzione regionale):

PRESTAZIONI INTEGRATIVE	SERVIZI	TIPO DI UNITA'	COSTO MASSIMO INCLUSO IVA
OSS	A	ora	20 €
Educatore professionale	A	ora	20 €
Fisioterapia	B	ora	25 €
Logopedia	B	ora	25 €
Psicologo	B	ora	25 €
Centri socio educativi riabilitativi diurni	C	unità	35 €
Centri diurni per anziani	C	unità	35 €
Centri aggregazioni giovanili	C	unità	35 €
Centri per l'infanzia	C	unità	35 €
Sollievo domiciliare	D	ora	12 €
Sollievo diurno extradomiciliare	D	unità	12 €
Sollievo residenziale	D	unità	12 €
Servizi assistenza scolastica specialistica	H	ora	20 €
Percorso di integrazione scolastica	L	unità	25 €
Servizi minori autismo	L	unità	25 €
Supporti 1	G	unità	50 €
Supporti 2	G	unità	50 €
Supporti 3	G	unità	50 €
Supporti 4	G	unità	50 €
Supporti 5	G	unità	50 €
Supporti 6	G	unità	50 €
Supporti 7	G	unità	50 €
Supporti 8	G	unità	50 €
Supporti 9	G	unità	50 €

Le prestazioni integrative sopra elencate dovranno essere erogate nel rispetto del Programma Socio Assistenziale Individuale (PAI) che a sua volta dovrà rispettare i limiti di budget stabiliti dall'Accordo di Programma e dall'Avviso Pubblico Home Care Premium 2019, al fine di consentire la corretta erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'Istituto. Inoltre, tali prestazioni dovranno essere garantite per tutti i cittadini residenti nei Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 2 Paola/Cetraro (ovvero: Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, San Lucido, Sangineto) risultati beneficiari del Progetto.

Il Comune di Paola, Ente Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 2, e gli altri Comuni che ne fanno parte provvederanno a mettere a disposizione dei soggetti beneficiari delle prestazioni HCP 2019 l'elenco dei soggetti giuridici individuati dal presente Avviso; sarà cura del beneficiario scegliere il fornitore che dovrà erogare le prestazioni previste nel programma assistenziale.

2. DESTINATARI DELL'AVVISO E REQUISITI GENERALI DEI SOGGETTI PARTECIPANTI

Possono partecipare al presente avviso le cooperative, i raggruppamenti, i consorzi e gli altri organismi del terzo settore senza scopo di lucro in possesso dei seguenti requisiti (da autocertificare con dichiarazione sostitutiva in conformità alle disposizioni del DPR n. 445/2000) richiesti dall'art.80 del D.Lgs. n.50/2016 e ss.mm.ii.):

- regolarmente iscritti nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura;
- per le associazioni e le cooperative sociali essere iscritti nell'apposito Albo o registro regionale precisando il numero e la data di iscrizione;
- (solo per le cooperative sociali) in regola con le revisioni annuali (Attestato di revisione in corso di validità);
- in possesso di una specifica Carta dei servizi che indichi:
 - mission (ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori a cui si ispira) attinente alla specifica tipologia di attività da accreditare;
 - principi del servizio, diritti e doveri degli utenti;
 - obiettivi e loro articolazione nel tempo;
 - servizi offerti e tipologia di prestazioni;
 - modalità di erogazione dei servizi;
 - ambiti territoriali nei quali svolge l'attività l'ente che richiede l'accreditamento;
 - modalità di accesso;
 - modalità di collaborazione con la committenza per l'elaborazione e l'attivazione dei progetti e/o prestazioni;
 - modalità di raccordo nella gestione dell'utenza, nel mantenimento di contatti costanti con la famiglia dell'utente, con i Servizi Sociali di riferimento, con la rete del territorio;
 - modalità e tempi massimi di attivazione del servizio dalla richiesta;
 - orari di apertura, riferimenti di sede e telefonici;
 - standard di qualità, dimensioni e indicatori;
 - condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti;
 - sistema di valutazione adottato, del grado di soddisfazione dell'utenza e del personale in servizio, sistema di verifica e di controllo;
 - sistema adottato per l'invio di segnalazione e reclami.

Le cooperative, i raggruppamenti, i consorzi e gli altri organismi del terzo settore senza scopo di lucro dovranno altresì possedere i requisiti di cui alla DGR 505/2013 della Regione Calabria del 30/12/2013.

3. REQUISITI SPECIFICI DEI SOGGETTI PARTECIPANTI

In particolare:

- **per le prestazioni previste ai punti A, B e D:**
 - avere presenti nell'organico professionale una o più delle figure previste, ovvero OSS / Educatori Professionali / psicologi / fisioterapisti / logopedisti / assistenti familiari.
- **per le prestazioni previste al punto C:**
 - essere gestori di centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia, ubicati in uno dei comuni del distretto Socio Sanitario Paola/Cetraro;
 - disporre di personale professionalmente qualificato.
- **per i supporti previsti al punto G:**
 - garantire la fornitura ed eventuale installazione a domicilio (ove prevista) degli ausili richiesti;
 - garantire il buon funzionamento degli stessi e la loro corrispondenza alle norme in vigore in materia.
- **per le prestazioni previste al punto H:**

- avere presenti nell'organico professionale personale qualificato per svolgere servizi di assistenza specialistica ad personam in favore di studenti con disabilità.
- **per le prestazioni previste al punto L:**
- avere presenti nell'organico professionale personale qualificato per la gestione dell'Autismo.

Tutti i requisiti (tanto quelli generali quanto quelli speciali, in funzione, questi ultimi, degli specifici servizi/prestazioni erogandi) devono essere autocertificati nella domanda di ammissione, da redigersi utilizzando gli appositi modelli allegati al bando, con firma del/dei Legale/i Rappresentante/i, con riserva del loro successivo accertamento da parte dell'Ente Partner. Inoltre, laddove è specificato, essi devono essere dimostrati allegando apposita documentazione.

4. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati dovranno utilizzare gli appositi moduli allegati al presente avviso, disponibili on line oppure presso i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 2, da compilare in ogni loro parte.

La domanda di partecipazione, debitamente sottoscritta (a pena di nullità), redatta in carta libera, dovrà essere indirizzata a:

Comune di Paola, Progetto Home Care Premium 2019, Largo Monsignor G. M. Perrimezzi n. 6, 87027 – Paola (CS) e dovrà pervenire, **in busta chiusa, entro e non oltre le ore 12:00 del 12 agosto 2019** con le seguenti modalità:

- consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Paola;
- spedizione a mezzo Raccomandata A/R, in tal caso non farà fede il timbro postale;
- PEC all'indirizzo: protocollo.comunepaola@pec.it

Sulla busta o nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura “Domanda per l'Accreditamento/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del progetto “Home Care Premium 2019”.

La domanda e la relativa documentazione pervenuta all'Ufficio Protocollo del Comune di Paola, Capofila distretto Socio-Sanitario n. 2 Paola - Cetraro, o all'indirizzo pec: protocollo.comunepaola@pec.it, successivamente alla scadenza sopra indicata sarà dichiarata inammissibile.

Il Comune di Paola non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dovuta ad inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure la mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Alla domanda dovrà essere obbligatoriamente allegata fotocopia del documento d'identità in corso di validità del/i legale/i rappresentante/i, nonché la seguente documentazione:

- 1) Dichiarazione sostitutiva comunicazione antimafia;
- 2) Dichiarazione sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
- 3) Consenso al trattamento dei dati personali;
- 4) Carta dei servizi.

La domanda dovrà riportare chiaramente l'oggetto della prestazione cui si chiede l'iscrizione.

Per ogni informazione rivolgersi allo **Sportello Home Care Premium**, via Largo Monsignor G. M. Perrimezzi 6, Paola, tel. 0982/5800209 mail: hcp.comunepaola@libero.it; pec: homecare.comunepaola@pec.it

Il presente avviso è pubblicato all'Albo Pretorio informatico del Comune di Paola, nella sezione Avvisi.

5. ISTRUTTORIA E FORMULAZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI

Il Comune di Paola, Ente capofila dell'ATS, provvederà all'istruttoria delle domande presentate, verificando il possesso dei requisiti dichiarati. I soggetti giuridici ammessi saranno inseriti in un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto “Home Care Premium 2019”. L'elenco verrà pubblicato all'Albo Pretorio online del Comune di Paola, nonché sui siti istituzionali dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 2 Paola/Cetraro.

L'accreditamento avverrà quindi a seguito di adozione di atto amministrativo, contenente l'indicato elenco degli operatori economici accreditati, che sarà comunicato agli stessi al fine della sottoscrizione del Patto di Accreditamento. L'avvenuto accreditamento non comporta automaticamente la possibilità di erogare le prestazioni, bensì l'iscrizione nell'elenco dei soggetti accreditati fra i quali l'utente avente diritto ai servizi potrà effettuare la scelta.

Per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2019 sarà utilizzato esclusivamente il suddetto elenco.

6. DECADENZA DALL'ELENCO DEI SOGGETTI ATTUATORI

Si decade dall'inserimento nell'elenco qualora venga accertata la perdita di almeno uno dei requisiti generali e/o speciali per l'ammissione.

Si decade, altresì, nei seguenti casi:

- in caso di violazioni gravi agli obblighi previsti dal Programma Assistenziale;
- esiti negativi delle verifiche periodiche in attuazione delle funzioni di vigilanza e controllo del personale dei Comuni incaricato;
- mancata presentazione entro le date stabilite dal Comune Capofila (Paola) della documentazione richiesta (ad es., rendicontazione prestazioni integrative rese mensilmente entro la data del 7 di ogni mese);
- per utilizzo di personale professionalmente non idoneo e qualificato;
- nei casi previsti dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dell'art. 1453 e segg. del Cod.Civ.

7. TERMINI DI VALIDITÀ DELL'ELENCO

L'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative avrà validità per tutta la durata del progetto Home Care Premium 2019, eventualmente prorogabile in caso di prosecuzione della progettualità HCP, salvo diverse disposizioni dell'INPS.

8. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI SERVIZI/BENI RESI

L'ente Partner si riserva di provvedere al pagamento delle fatture emesse all'esito dell'erogazione dei servizi/beni oggetto del presente Avviso soltanto a seguito dell'effettivo stanziamento delle risorse da parte dell'Inps-gestione ex Inpdap Progetto Home Care Premium 2019, previsto con cadenza periodica e nei termini di cui all'art. 13 dell'Avviso di adesione al Progetto Hcp2019 al Progetto HCP2019. L'emissione delle fatture sarà comunque successiva all'invio ed approvazione dell'apposita documentazione giustificativa all'uopo predisposta dall'Ente Partner e da questi richiesta, entro i termini e le modalità dallo stesso precisate.

9. CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Fermo restando quanto già previsto circa il valore prettamente informativo del predisponendo elenco di organizzazioni del terzo settore accreditate per l'erogazione delle prestazioni integrative del predetto avviso si precisa che, giusto art. 2 comma 12 "L'Istituto si riserva di determinare l'interruzione di tutto o di parte del Progetto HCP, con conseguente risoluzione delle convenzioni, dandone formale preavviso di sei mesi, qualora la spesa prevista risulti incompatibile con le risorse in bilancio per ciascun anno finanziario", l'Ente si riserva di sospendere la validità dell'elenco e l'erogazione delle succitate prestazioni integrative per come comunicato dall'INPS stesso.

10. CONTROLLO

Ai sensi di quanto previsto all'art.71 del DPR 445/2000, laddove sussistano dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese, si evidenzia che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulle stesse, fatta salva anche la possibilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

11. TUTELA DELLA PRIVACY

Il trattamento dei dati personali forniti ai sensi Regolamento UE n.2016/679 (GDPR) sarà improntato ai principi di liceità e correttezza, a piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza così come previsto nell'informativa (Allegato 3). Il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura.

Titolare del trattamento dei dati relativi alla procedura di Accreditamento/ costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019" è il Comune di Paola, in qualità di Capofila dell'ATO Paola-Cetraro. Il conferimento dei dati di cui al presente articolo è necessario per adempiere al patto di accreditamento e la loro mancata indicazione può precludere tale esecuzione. In relazione ai suddetti dati il Comune Capofila riconosce agli interessati il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Comune di Paola nella persona del Responsabile protezione dati, Avv. Roberto Romei, e-mail: avvrobertoromei@pec.giuffre.it

Si precisa che il presente Avviso è pubblicato sul sito internet del Comune di Paola, all'indirizzo www.comune.paola.cs.it e sui siti internet di tutti i Comuni del Distretto Socio Sanitario n.2 Paola/Cetraro.

Paola lì 25/07/2019

Il Responsabile del Progetto Home Care Premium 2019
c/o Comune di Paola (comune capofila Ente Partner)
F.to Avv. Annalisa Apicella

Spett. le Comune di Paola
 PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2019
 Largo Monsignor G. M. Perrimezzi n. 6,
 87027 Paola (Cs)

Manifestazione di interesse - Domanda per l'Accreditamento/constituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del progetto "Home Care Premium 2019"

___I___ sottoscritt___ nat___ a
 il.....
 residente nel Comune di
 prov.Via/piazza n.
 con sede legale nel Comune di prov.
 Via/piazza n.
 con sede operativa nel Comune di..... prov.
 Via/piazza n.
 Codice fiscale P. IVA.
 Telefono fax.....
 e-mail PEC:
 con espresso riferimento al Soggetto che rappresenta

DICHIARA

di manifestare il proprio interesse alla procedura per l'iscrizione e successivo accreditamento nell'elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del progetto "Home Care Premium 2019" e, nello specifico, di essere interessato ad erogare le seguenti prestazioni/servizi/beni (barrare la/le casella/e interessata/e):

Barrare	Prestazioni integrative	Tipologia di servizi	Tipo di unità	Costo massimo incluso iva
☐	OSS	A	ora	20 €
☐	Educatore professionale	A	ora	20 €
☐	Fisioterapia	B	ora	25 €
☐	Logopedia	B	ora	25 €
☐	Psicologo	B	ora	25 €
☐	Centri socio educativi riabilitativi diurni	C	unità	35 €
☐	Centri diurni per anziani	C	unità	35 €
☐	Centri aggregazioni giovanili	C	unità	35 €
☐	Centri per l'infanzia	C	unità	35 €

Barrare	Prestazioni integrative	Tipologia di servizi	Tipo di unità	Costo massimo incluso iva
	Sollievo domiciliare	D	ora	12 €
	Sollievo diurno extradomiciliare	D	unità	12 €
	Sollievo residenziale	D	unità	12 €
	Servizi assistenza scolastica specialistica	H	ora	20 €
	Percorso di integrazione scolastica	L	unità	25 €
	Servizi minori autismo	L	unità	25 €
	Supporti 1: le protesi e gli ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jericho e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera);	G	unità	50 €
	Supporti 2: gli apparecchi per facilitare la percezione uditiva o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità;	G	unità	50 €
	Supporti 3: le poltrone e i veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie	G	unità	50 €
	Supporti 4: strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;	G	unità	50 €
	Supporti 5: ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;	G	unità	50 €
	Supporti 6: attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne;	G	unità	50 €
	Supporti 7: l'adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di beneficiari gravemente disabili, per la modifica degli	G	unità	50 €

Barrare	Prestazioni integrative	Tipologia di servizi	Tipo di unità	Costo massimo incluso iva
	strumenti di guida;			
	Supporti 8: la realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti adibiti ad abitazioni private;	G	unità	50 €
	Supporti 9: qualsiasi altra fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.	G	unità	50 €

Inoltre, in qualità di Rappresentante Legale del Soggetto partecipante e con espresso riferimento alla procedura alla quale ha chiesto di essere ammesso, consapevole che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

DICHIARA

1. di essere Legale Rappresentante del/la.....
 Ragione sociale con sede legale in Codice fiscale
 P. IVA (se prescritta) iscritta nel (indicare se registro, albo, o altro. Per le Cooperative sociali di tipo "A", "B", ovvero miste: estremi dell'atto costitutivo, dello statuto, dell'iscrizione all'albo delle Società Cooperative di cui al D.M. 23 giugno 2004 Pubblicato nella Gazz. Uff. 13.07.2004, n. 162 (vedasi Circ. 06.12.2004, n. 1579682 emanata dal Ministero delle attività produttive, Direzione generale per gli Enti cooperativi, Divisione IV, U.O. Albo delle società cooperative)
 di (specificare il luogo ove l'iscrizione è tenuta)
 con il numero (specificare gli estremi di iscrizione)

2. che le persone che ricoprono cariche istituzionali all'interno dell'Organizzazione (in conformità a quanto previsto dalla disciplina che regola la specifica natura giuridica del soggetto partecipante) sono le seguenti (indicare nominativi e cariche ricoperte):.....

3. che l'attività del Soggetto partecipante è regolata da: atto costitutivo, statuto, regolamento, provvedimenti di riconoscimento, ogni altra documentazione istituzionale prevista dalla disciplina che regola la specifica natura giuridica del soggetto (indicare la tipologia e gli estremi di tali atti):

4. che l'Ente è iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di dal con n. o, per le associazioni e le cooperative sociali, nell'apposito Albo o registro regionale dal con n.;
5. di avere il seguente numero di matricola INPS con sede INPS di competenza di
6. di avere il seguente numero di posizione Assicurativa Territoriali (codice PAT – INAIL)... con sede di competenza di
7. l'impegno, nell'esecuzione del servizio bandito, ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D.Lgs. 81/2008;
8. che è in regola con le revisioni annuali (solo per le cooperative sociali)
9. di aver realizzato, alla data di pubblicazione del bando, i seguenti servizi simili a quello bandito:
.....
.....
.....
.....
(indicare oggetto dei servizi, date e destinatari);
10. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel presente avviso;
11. di possedere i requisiti di cui alla DGR 505/2013 della Regione Calabria del 30/12/2013;
12. di conoscere le condizioni e le circostanze in cui il servizio dovrà svolgersi;
13. di impegnarsi a rispettare per tutti i propri addetti, anche se in possesso della qualifica di soci, gli standard di trattamento lavorativo previsti dai CC.NN.LL. di categoria, a rispettare la normativa previdenziale ed assicurativa che regola il settore e a stipulare polizze assicurative contro gli infortuni del proprio personale nel corso delle attività prestate;
14. di impegnarsi a rendere disponibile almeno un Responsabile in loco, formalmente individuato, abilitato a prendere decisioni immediate rispetto alla soluzione delle questioni derivanti dal contratto e dallo svolgimento del servizio;
15. di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste italiane spa, dedicati alle commesse pubbliche, e a darne comunicazione all'Ente Partner, fornendo gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi;
16. che i recapiti per eventuali informazioni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, fax, telegramma, posta elettronica, PEC sono:
.....

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- ☐ Dichiarazione sostitutiva comunicazione antimafia;
- ☐ Dichiarazione sulla tracciabilità dei flussi finanziari
- ☐ Consenso al trattamento dei dati personali
- ☐ Carta dei servizi

altro:

Note aggiuntive facoltative del dichiarante:

Luogo e data

Il Legale Rappresentante
firma leggibile e per esteso e timbro

N.B.:

- Depennare le voci che non interessano.
- Specificare, tra le note aggiuntive facoltative a disposizione del dichiarante, ovvero, se opportuno, allegando documento all'uopo predisposto, la/e figura/e professionale/i della/e quale/i si dispone per l'erogazione delle prestazioni di cui ai punti A/B/D/H/L; la/e tipologia/e di centro/i diurno/i messa/e a disposizione per le prestazioni di cui al punto C; la/e tipologia/e di supporti che si intende fornire per la prestazione di beni di cui al punto G.
- Allegare copia del documento di identità in corso di validità, ai sensi del D.P.R. 445/00.

Allegato 1: Modello autocertificazione antimafia

Oggetto: Autocertificazione antimafia.

Il _____ sottoscritto _____ (nome _____ e
cognome)..... nato _____ a
.....il....., residente in.....
via..... n., in qualità di legale rappresentante della
società (indicare la ragione sociale) oppure: in qualità di titolare dell'impresa/ cooperativa/ etc....
(indicare la denominazione) avente la
sede in Prov. di Via
n., tel. n. ,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00;
ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato DPR 445/00;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali cause nei confronti di (1):

(cognome)	(nome)	(data di nascita)	(luogo di nascita)
-----------	--------	-------------------	--------------------

_____	_____	_____	_____
—	—	—	—
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—
_____	_____	_____	_____
—	—	—	—

(1) la suddetta dichiarazione deve essere resa anche per i soggetti indicati nell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii..

Luogo e data _____

In fede

Il Legale Rappresentante
firma leggibile e per esteso e timbro

N.B Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Allegato 2: NORMATIVA ANTIMAFIA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

**Oggetto : Comunicazione dati art. 3 Legge 136 del 13/08/2010. Tracciabilità flussi finanziari
Ai sensi dell'art 3 della legge n.136/2010**

Il sottoscritto _____, nato a _____ () il ____/____/____, codice fiscale _____, legale rappresentante della _____ (società/impresa/cooperativa/etc) _____ con sede in _____ () via _____, codice fiscale _____ partita iva _____, consapevole delle sanzioni penali previste e richiamate dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1) che gli estremi identificativi del c/c dedicato in via esclusiva/non esclusiva al pagamento della fornitura effettuata, sono : Banca _____ conto corrente n _____ ABI _____ CAB _____ CIN _____ IBAN _____

2) che le persone delegate ad operare su di esso sono - _____ - C.F. _____ - _____ - C.F. _____

3) di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13/08/10 n. 136 e successive modifiche ed integrazioni;

4) di impegnarsi a comunicare ogni modifica relativa ai dati trasmessi;

5) di impegnarsi ad indicare su ogni fattura il numero di conto (IBAN) sul quale effettuare il relativo pagamento;

Luogo e data _____

In fede

Il Legale Rappresentante
firma leggibile e per esteso e timbro

N.B Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Allegato 3: CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Reg. (UE) 2016/679 e del codice privacy per come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/18

Il sottoscritto _____ nato
a _____ il _____
CF _____ Residente a _____
Via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ in qualità di legale
rappresentante della _____ (società/impresa/cooperativa/etc)
_____ con sede in _____ (____) via _____, codice
fiscale _____ partita iva _____,

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 per come modificato e integrato dal D.Lgs n. 101/18 e del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega modulo informativa privacy

INFORMATIVA PRIVACY

EX ARTT. 13, 14 REG. (UE) 2016/679 E D.LGS N. 196/03 PER COME MODIFICATO E INTEGRATO DAL D.LGS. N. 101/18

Gentile Signore/a

Desideriamo informarLa che il Reg. UE 2016/679 ("Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali") e il vigente codice privacy, per come modificato e integrato dal D.lgs n. 101/18, prevedono la tutela delle persone fisiche e il rispetto al trattamento dei loro dati personali, Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. (UE) 679/16, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Finalità, base giuridica del trattamento cui sono destinati i dati

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti è finalizzato unicamente ad eseguire eventuali obblighi contrattuali e ad adempiere a sue specifiche richieste, nonché ad adempiere agli obblighi normativi, in particolare quelli legati al trattamento di Dati per motivi di interesse pubblico rilevante. Ai fini dell'indicato trattamento, il titolare potrà venire a conoscenza di dati definiti "sensibili" ai sensi del Reg UE 2016/679, quali quelli idonei a rivelare l'origine razziale od etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale.

2. Modalità del trattamento

In relazione alle indicate finalità i Suoi dati sono oggetto o possono essere oggetto di trattamento informatico e cartaceo. Le operazioni di trattamento sono attuate in modo da garantire la sicurezza logica, fisica e la riservatezza dei Suoi dati personali.

3. Natura dei dati personali

Costituiscono oggetto di trattamento i Suoi dati personali, sensibili e giudiziari, inerenti lo svolgimento del servizio da Lei richiesto e/o per le finalità di interesse pubblico rilevante. Durante l'erogazione del servizio potrebbe essere necessario acquisire ed effettuare operazioni di trattamento dei Suoi dati personali sensibili e giudiziari. Le viene richiesto di esprimere il relativo consenso in forma scritta.

4. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili, non ha natura obbligatoria, ma l'eventuale rifiuto potrebbe rendere impossibile o estremamente difficoltoso l'erogazione dei servizi da Lei richiesti.

5. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati potranno essere comunicati a:

- tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi;
- ai nostri collaboratori, dipendenti, nell'ambito delle relative mansioni;
- a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento della attività istituzionale dell'Ente e nei modi e per le finalità sopra illustrate;

6. Modalità e durata conservazione dei dati personali

In funzione delle finalità del trattamento, L'Ente conserverà i dati raccolti esclusivamente per il tempo necessario al raggiungimento e allo svolgimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.

7. Estremi identificativi del titolare e del responsabile del trattamento e del Responsabile Protezione Dati (DPO/RPD).

Titolare del Trattamento: Comune di Paola in persona del Sindaco Avv. Roberto Perrotta;

Email/pec: sindaco.comunepaola@pec.it tel. Segreteria 0982/5800221

Responsabile del Trattamento: Avv. Annalisa Apicella - Responsabile Settore 6 indirizzo pec: settore6.comunepaola@pec.it , tel.0982/582134.

Responsabile Protezione Dati (DPO/RPD): avv. Roberto Romei

Email/pec: robertoromei24@gmail.com, avvrobertoromei@pec.giuffre.it tel: 0984/394931;

8. Diritti dell'interessato

8.1 Art. 15 (diritto di accesso) , 16 (diritto di rettifica) del Reg. UE 2016/679

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- a) le finalità del trattamento;
- b) le categorie di dati personali in questione;
- c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- d) il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- e) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- f) il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo;
- h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.

8.2 Diritto di cui all'art. 17 del Reg. UE 2016/679 - diritto alla cancellazione («diritto all'oblio»)

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e il titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, se sussiste uno dei motivi seguenti:

- a) i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- b) l'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), o all'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), e se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento;
- c) l'interessato si oppone al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure si oppone al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 2;
- d) i dati personali sono stati trattati illecitamente;
- e) i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;
- f) i dati personali sono stati raccolti relativamente all'offerta di servizi della società dell'informazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1 del Reg. UE 2016/679

8.3 Diritto di cui all' art. 18 Diritto di limitazione di trattamento

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

- a) l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- b) il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- c) benché il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- d) l'interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, Reg UE 2016/679 in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.

8.4 Diritto di cui all'art.20 Diritto alla portabilità dei dati

L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il

diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento

9. Revoca del consenso al trattamento

Le è riconosciuta la facoltà di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, inviando una raccomandata A/R al seguente indirizzo: Largo Monsignor G.M. Perrimezzi, 6 Paola (CS) corredato da fotocopia del suo documento di identità, con il seguente testo: <<revoca del consenso al trattamento di tutti i miei dati personali>>. Al termine di questa operazione i Suoi dati personali saranno rimossi dagli archivi nel più breve tempo possibile, ad eccezione di quelli per i quali ne è necessario il trattamento per finalità istituzionali rilevanti.

Se desidera avere maggiori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, ovvero esercitare i diritti di cui al precedente punto 7, può inviare una raccomandata A/R al seguente indirizzo: Largo Monsignor G.M. Perrimezzi, 6 Paola (CS).

Prima di poterLe fornire, o modificare qualsiasi informazione, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità e rispondere ad alcune domande. Una risposta sarà fornita al più presto.