

**AVVISO PUBBLICO
PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI IN FAVORE DI PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVE - L.R. 20/2006**

PIANI PER LE ASSISTENZE

PIANI PER LE AUTONOMIE

SCADENZA 10.03.2023

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 recante “Sistema Integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio” che all’art 4 lettera r) prevede tra gli altri obiettivi “*promozione di interventi volti a sostenere la vita indipendente delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia...*”;

Visto il DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024 che prevede “*Servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socioeducativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria*” rivolti, tra gli altri, anche a “*persone con disabilità grave*”

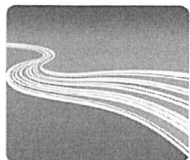
Vista la Deliberazione 9 novembre 2022, n. 1012 recante “Fondo per le non autosufficienze. Finalizzazione di euro 54.555.703,56, per la continuità dei servizi e degli interventi sociali da parte dei Distretti sociosanitari in favore delle persone con disabilità grave e gravissima. Esercizio finanziario 2022.”

Visto il Piano Sociale di Zona del Consorzio Valle del Tevere;

Atteso che la disponibilità in bilancio del corrente esercizio per la realizzazione degli interventi in favore di persone in condizione di disabilità grave è pari ad € **279.786,36**;

Considerato che al momento non è stato ancora attribuito l’importo totale del Fondo Non Autosufficienza relativo all’annualità 2022 e che tali somme potranno comunque, con successivo atto, essere messe a disposizione per gli interventi di cui al presente avviso;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 92 del 08.02.2023 di approvazione del presente Avviso Pubblico;



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI
Campagnano di Roma Formello Riano
Capena Magliano Romano Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto Mazzano Romano Sacrofano
Civitella San Paolo Morlupo Sant'Oreste
Fiano Romano Nazzano Torrita Tiberina
Filacciano Ponzano Romano

2. Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento

Saranno finanziati interventi che avranno come finalità il sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso:

1. interventi di assistenza domiciliare e di aiuto personale, da realizzare **in forma indiretta** (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi) e **da definire** mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), per gli interventi di assistenza domiciliare;
2. interventi finalizzati alla promozione delle autonomie della persona con disabilità, da realizzare **in forma indiretta** e da definire mediante l'attivazione di Piani di Assistenza Individualizzati (P.A.I.), per gli interventi di promozione delle autonomie.

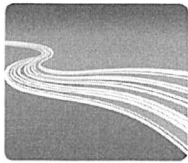
Prestazioni ammissibili al finanziamento:

1. **per l'assistenza domiciliare:**
 - **Assistenza domiciliare nelle 24 ore** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);
 - **Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento).
2. **per interventi finalizzati alla promozione delle autonomie:**
 - **Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali** (intervento personalizzato sulla base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva);
 - **Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo).

Resta inteso che, trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare indiretta, **sarà assicurata** la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati - nel rispetto della vigente normativa in materia **previdenziale e assicurativa**, o in alternativa un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali.

L'operatore e/o l'Ente gestore scelto dal beneficiario, al momento della sottoscrizione del contratto, **dovrà necessariamente essere iscritto** al catalogo dei fornitori istituito dal Consorzio Valle del Tevere e consultabile sul sito www.conorziovalledeltevere.it

Le figure professionali destinate al servizio **non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.**



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Pozzano Romano	

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria (R.S.A.- Struttura socio-assistenziale). In tal caso, l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

3.Modalità di valutazione delle domande

La valutazione delle domande sarà effettuata dalla UVMD distrettuale integrata, che redigerà la graduatoria distrettuale sulla base del punteggio ottenuto alla scala "Barthel" (All. C), che valuta il livello di non autosufficienza della persona con disabilità.

Il punteggio ottenuto alla Scala Barthel verrà quantificato come di seguito specificato:

1. per l'assistenza domiciliare:

Livello di dipendenza:

- dipendenza totale: 40 punti;
- dipendenza severa: 30 punti;
- dipendenza moderata: 24 punti;
- dipendenza lieve: 18 punti;
- dipendenza minima: 12 punti.

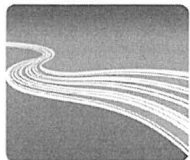
2. per interventi finalizzati alla promozione delle autonomie:

Livello di dipendenza:

- dipendenza minima: 40 punti;
- dipendenza lieve: 30 punti;
- dipendenza moderata: 24 punti;
- dipendenza severa: 18 punti;
- dipendenza totale: 12 punti.

L'importo da attribuire a ciascun piano sarà valutato dall'UVMD e graduato in funzione dell'ISEE sociosanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socioassistenziali attivi in favore dell'utente, come meglio specificato nelle tabelle di seguito riportate:

Servizi socioassistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente	Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi:	3,5

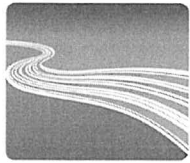


COMUNI DI

<p>psichiatra, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale) tra le 11 e le 13 ore settimanali;</p> <ul style="list-style-type: none">- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00;- 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	
<p>Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare e/o educativa maggiore di 14 ore settimanali;- Intervento sociosanitario <u>in convenzione</u> (che comprende fisioterapista, logopedista, ortottista, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale) tra le 14 e le 16 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di € 900,00;- 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;- Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
<p>Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervento sociosanitario <u>in convenzione</u> (che comprende fisioterapista, logopedista, ortottista, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale) maggiore di 16 ore settimanali;- 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;- Almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio	1

Specifica:

- nel caso che l'utente già usufruisca di più servizi tra quelli richiamati in tabella di cui sopra, in misura riferibile a riquadri differenti, si applica il punteggio inferiore;
- nel caso che l'utente usufruisca di più servizi riferibili allo stesso riquadro, il punteggio assegnato verrà diminuito di mezzo punto rispetto a quanto previsto.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI
Campagnano di Roma Formello Riano
Capena Magliano Romano Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto Mazzano Romano Sacrofano
Civitella San Paolo Morlupo Sant'Oreste
Fiano Romano Nazzano Torrita Tiberina
Filacciano Ponzano Romano

Si ricorda che il numero totale dei piani individualizzati finanziati dipenderà dalle somme disponibili in bilancio e dall'importo attribuito a ciascun piano attivato, ottenuto secondo i criteri di cui alle tabelle sopra riportate.

A seguito della stesura della graduatoria, dell'attribuzione del budget secondo i criteri di cui sopra e dell'individuazione dei Piani di Intervento da attivare, i beneficiari per i quali si potrà procedere all'attivazione degli interventi saranno contattati da Servizi Sociali del Comune di residenza per la definizione, condivisione e sottoscrizione del PAI.

In caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, l'Ufficio di Piano procederà allo scorrimento della graduatoria.

In caso di parità di punteggio, verrà preso in considerazione l'ordine di arrivo delle domande.

4.Modalità di liquidazione del finanziamento

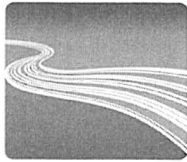
L'importo attribuito al piano individualizzato è da considerarsi come un contributo annuale ed ha, quindi, una validità massima di 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto. **Non saranno riconosciute le somme rendicontate in eccedenza rispetto al finanziamento annuale attribuito.**

Non è prevista una spesa minima mensile; tuttavia, in sede di sottoscrizione del contratto, è consigliabile definire un piano di spesa per monitorare il budget.

Per facilitare la gestione economica, la rendicontazione richiesta per l'anticipo delle somme dovrà avvenire con cadenza bimestrale, tramite l'invio della documentazione all'Ufficio di Piano, secondo i tempi e le modalità di seguito riportate:

- 1) **Entro il 15 del mese successivo al primo bimestre di attivazione del servizio** si dovrà trasmettere al Consorzio il modello di rendicontazione (**All. E**) e le fatture/buste paga **non quietanzate (pagate)**, relative alle prime due mensilità (es: inizio contratto 01 gennaio: entro il 15 marzo la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga **non quietanzate** dei mesi di gennaio e febbraio);
- 2) Il Consorzio, a seguito della suddetta trasmissione, provvederà ad **anticipare** alla famiglia, le somme relative alle spese da sostenere;
- 3) A decorrere dal secondo bimestre, **entro il 15 del mese successivo al bimestre di riferimento**, si dovrà trasmettere il modello di rendicontazione (**All. E**) e le fatture/buste paga **non quietanzate**, relative alle mensilità di riferimento **nonché l'attestazione di avvenuto pagamento delle fatture/buste paga per le quali il Consorzio ha anticipato le spese** (es: entro il 15 maggio la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga del mese di marzo e aprile **non quietanzate** congiuntamente alla documentazione attestante il pagamento del servizio dei mesi di gennaio e febbraio).
- 4) Per i bimestri successivi saranno seguite le modalità del **punto tre**.

Qualora la famiglia nella presentazione delle fatture bimestrali **non dovesse allegare l'attestazione del pagamento dei bimestri precedenti anticipati dal Consorzio, incorrerà nell'interruzione dell'anticipo delle spese da parte del Consorzio e nel recupero delle somme già versate**, fatta salva la possibilità per la cooperativa operatore di interrompere il servizio.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
VALLE del
TEVERE

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza:

lunedì – martedì – mercoledì – venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,30 – dalle 15,30 alle 17,00;

giovedì e dalle ore 9,30 alle ore 12,30

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

6. Tutela della privacy

I dati di cui il Consorzio entrerà in possesso a seguito del presente avviso saranno trattati nel rispetto delle disposizioni dettate dal D.lgs. n. 196/2003 e dal D.lgs. n.101/2018 di adeguamento della normativa nazionale al Regolamento U.E. 2016/679, comunque utilizzate esclusivamente per le finalità del presente avviso.

Il titolare del trattamento è il Direttore del Consorzio Valle del Tevere.

7. Casi particolari

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate ed autorizzate dall'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

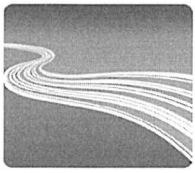
Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

Il Responsabile del Procedimento è il Dott. Federico Conte, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. – 06 90194606 - E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

Data, 08.02.2023 prot. n. 428

Il Direttore

Dott. Federico Conte



ALL. A

**Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)**

**Domanda per la concessione di finanziamenti in favore di persone non autosufficienti con
disabilità grave – L.R. 20/2006**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____

il _____ residente _____ Prov. _____

CAP _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente

in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

rapporto di parentela _____

CHIEDE

la concessione di finanziamenti, da gestire in forma **indiretta**, per piani individualizzati di:
barrare una a scelta tra:

- assistenza domiciliare** a favore di persone con disabilità grave, non autosufficienti, ai sensi della L.104/92, art. 3 comma 3;
- interventi finalizzati alla promozione delle autonomie**, a favore di persone con disabilità medio-gravi, non autosufficienti, ai sensi della L.104/92, art. 3 comma 1 e 3.

ALL. B

**Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)**

OGGETTO: Domanda per la concessione di finanziamenti in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave – L.R. 20/2006 - Comunicazione estremi bancari.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero **in qualità di familiare/ tutore di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

rapporto di parentela _____

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: _____

Codice IBAN: _____

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'Avviso pubblico.

Data _____

Firma _____

ALL. C

(A CURA DI UN MEDICO DEL SSN)

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Con la presente si certifica che il/la paziente _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto una
valutazione del Livello di dipendenza pari a:

- Totale
- Severa
- Moderata
- Lieve
- Minima

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

Barthel Index Modificato (BIM)

Piazza S. Lorenzo, 8 - 00060 Formello (RM) • c/o Comune di Formello
0690194606-607

presidente@consorziovalledeltevere.it • direttore@consorziovalledeltevere.it • ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un solleva malati.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
Deambulazione	BIM
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina)*	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
È necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3

specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata. Nel caso di disabilità intellettiva deve accertare la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. Nel caso di disabilità motoria deve accertare la capacità di deambulare, la capacità di stare seduto, la motricità del capo, la motricità delle braccia, delle mani, la motricità dei muscoli.

La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista e in assenza di Servizio Disabili Adulti della ASL il responsabile del procedimento può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo e/o motorio grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.

ALL. D (da compilare a cura del Servizio sociale di residenza a seguito dell'eventuale finanziamento del Piano di assistenza in favore dell'utente)

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in UVMD

a) Valutazione sintetica del bisogno e della sua natura

Il presente Progetto Personalizzato è stato definito, sulla base di:

- **Valutazione del livello di Non Autosufficienza attraverso l'uso della scala Barthel**

Sintesi della Valutazione realizzata, con specifica elencazione dei bisogni individuati.

-
-
-

b) Obiettivi del Piano di Assistenza Individualizzato e relativi risultati attesi (in base al Piano di Assistenza finanziato)

b.1. Descrizione sintetica degli obiettivi suddividendoli tra generali e specifici.

Obiettivi generali:

-
-
-

Obiettivi specifici:

-
-
-

b.2. Suddivisione tra obiettivi specifici a breve, medio e lungo termine.

Obiettivi a breve termine:

-
-
-

Obiettivi a medio termine:

-
-
-

Obiettivi a lungo termine:

-
-

b.3 Descrizione sintetica dei risultati attesi e degli indicatori utilizzati per la misurazione, in correlazione agli obiettivi specifici di cui al punto b.1 e b.2.

-
-
-
-

Strumenti e indicatori utilizzati:

- **Colloqui di monitoraggio con la persona, il nucleo e la rete di riferimento;**

Firma destinatario progetto personalizzato

Trattamento privacy

1 Soggetti del trattamento

Il Consorzio della Valle del Tevere è il **Titolare del trattamento** dei dati personali forniti dai soggetti Coinvolti nella redazione del progetto individualizzato nell'ambito dell'Avviso Pubblico per la concessione di finanziamenti in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave – L.R. 20/2006

Si precisa che il Titolare del trattamento è "la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali" (art. 4. par. 1, n. 7) Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR). Il trattamento dei dati personali forniti dagli interessati potrà essere effettuato dal personale appositamente od occasionalmente autorizzato e istruito sulla base di specifiche istruzioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento, da società, enti o soggetti nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'articolo 28 del GDPR, che, per conto del Titolare del trattamento, forniscono specifici servizi elaborativi o attività connesse, strumentali o di supporto adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate a tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che sono riconosciuti per legge agli interessati nonché da soggetti incaricati di fornire soluzioni IT per la gestione delle attività di sviluppo e manutenzione del sito.

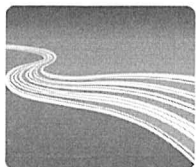
2 Luogo del Trattamento

I dati vengono trattati ed archiviati presso la sede del Consorzio della Valle del Tevere sita in Piazza San Lorenzo n°8 – Formello.

Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti e accessi non autorizzati.

Piazza S. Lorenzo, 8 - 00060 Formello (RM) • c/o Comune di Formello
0690194606-607

presidente@consorziovalledeltevere.it • direttore@consorziovalledeltevere.it • ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

All. E – Modello di rendicontazione

(da presentare all'Ufficio di Piano, a seguito del finanziamento, con cadenza bimestrale)

Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere"

c.a. Dott. Federico Conte
c/o Comune di Formello Piazza San Lorenzo, 8
00060 Formello (Rm)
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

Oggetto: finanziamenti in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave - L.R. 20/2006- beneficiario: _____

Il/La sottoscritto/a in qualità di beneficiario/tutore/genitore di richiede l'anticipo delle spese da sostenere per gli interventi di assistenza indiretta relativi al bimestre di cui si rendiconta quanto segue:

mese	Fattura n. del..	Busta paga a favore di	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega quanto indicato nelle modalità di liquidazione del finanziamento descritte nell'Avviso pubblico.

Distinti saluti.

Luogo e data.....

Il richiedente

.....