



SCHEDA INFORMATIVA S.A.I.?
(SERVIZIO ACCOGLIENZA INFORMAZIONE)
ANFFAS ONLUS

DATA * _____17/10/08_____

SCHEDA COMPILATA DA* _____

CONFORMEMENTE ALL'IMPEGNO E ALLA CURA CHE LA NOSTRA ASSOCIAZIONE DEDICA ALLA TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, LA INFORMIAMO SULLE MODALITÀ, FINALITÀ E AMBITO DI COMUNICAZIONE IN CONFORMITÀ A QUANTO PREVISTO DAL CODICE DELLA PRIVACY.

LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO.

GLI STESSI SARANNO UTILIZZATI A SCOPO STATISTICO E PER INVIARLE IL NOSTRO MATERIALE DIVULGATIVO.

I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.

PREGO RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE

(Con asterisco sono contrassegnati i campi obbligatori)

GENERALITÀ RICHIEDENTE:

Nome * _____ANDREA_____

Cognome * _____ROSSI_____

Indirizzo *:

Via _____XXXXX_____

n. _____XXXX_____ cap _____XXXX_____ città _____Peschiera Borromeo _____ prov. _____MI _____

Tel.* _____ Fax _____

Cell. _____XXXX_____ e-mail _____XXXXXX_____

Tipo di lavoro _____OPERAIO_____

Istituto Previdenziale *:

INPS INPDAP altro _____

Grado di parentela con persona con disabilità*

Madre Padre Coniuge Fratello/Sorella altro

- tutore
- amministratore di sostegno
- curatore legale

Socio ANFFAS si no Associazione _____

Com'è venuto a conoscenza del nostro servizio SAI?

Riviste e/o pubblicazioni Sito Web Soci Anffas

Circolari associative

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY?

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA AL TRATTAMENTO

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA ALLA COMUNICAZIONE

NOTA BENE:

Le persone autorizzate al rilascio del consenso in nome e per conto della persona con disabilità sono:
il padre o la madre il tutore l'amministratore di sostegno il curatore legale

ORA LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO. GLI STESSI SARANNO UTILIZZATI A SCOPO STATISTICO E PER INVIARLE IL NOSTRO MATERIALE DIVULGATIVO.

I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.

**RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE
GENERALITÀ PERSONA CON DISABILITÀ:**

Nome * _____ FRANCESCO _____

Cognome * _____ ROSSI _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Tipo di disabilità * _____ X FRAGILE _____

Età * _____ 20 _____

ACCERTAMENTI *:

X Invalidità civile percentuale _100 %_____

X Handicap 104/92

X Con connotazione di gravità

PROVVIDENZE ECONOMICHE *:

X Indennità di accompagnamento

X Pensione di inabilità

Indennità mensile di frequenza

Assegno mensile di assistenza

Pensione ai superstiti

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA, ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY?

IN BASE ALLA RICHIESTA FATTA LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO.

**I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.
PREGO RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE**

INSERIMENTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Assistenza domiciliare:

- Sociale
 Sanitaria
 Integrata

Attività ricreative:

- Centri diurni
 Attività extrascolastiche
 Altro _____

INTEGRAZIONE SCOLASTICA:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Frequenza scolastica Sì No

Scuola frequentata Elementare Media Media Superiore Università

Classe frequentata 1^ 2^ 3^ 4^ 5^ 2^

INTEGRAZIONE LAVORATIVA:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Tipo di lavoro svolto _____

Iscrizione c/o gli elenchi degli uffici competenti Sì No se sì da quanto tempo

- meno di 6 mesi più di 6 mesi meno di 1 anno più di 1 anno
 meno di 2 anni più di 2 anni meno di 3 anni più di 3 anni

CONGEDI E PERMESSI:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

- Prolungamento fino a tre anni dell'astensione facoltativa
- Permessi orari di due ore giornaliere
- Permessi retribuiti di tre giorni al mese
- Presupposto di assistenza continuativa ed esclusiva del disabile (anche dopo i 18 anni)
- Congedo retribuito di 2 anni

AGEVOLAZIONI FISCALI: (da compilare in caso di richieste inerenti)

SI, E' FISCALMENTE A MIO CARICO (COMPARE SULLA MIA DICHIARAZIONE DEI REDDITI);
 CILINDRATA INFERIORE AI 2.800 SE A DIESEL, INFERIORE AI 2.000 SE A BENZINA

MOBILITÀ E TRASPORTI: (da compilare in caso di richieste inerenti)

IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO/PERSONA CHE RISIEDA IN STRUTTURA RESIDENZIALE A TEMPO PIENO

Tipo di Struttura _____

Territorio _____

Grado di autonomia richiedente _____

Compartecipazione al costo di ASL o Comune _____

Compartecipazione al costo Famiglia _____

Richiesta a ASL o Comune _____

Situazione attuale richiedente _____

Ricoveri precedenti _____

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA, ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITA' NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY?

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA AL TRATTAMENTO

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA ALLA COMUNICAZIONE

LE RICORDIAMO CHE POTRÀ ESERCITARE IN OGNI MOMENTO NEI CONFRONTI DI ANFFAS ONLUS, I DIRITTI PREVISTI DAL ART.7 DEL D. LGS 196/2003, (CODICE DELLA PRIVACY).

RISPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO

EVENTO DI FORMAZIONE TERRITORIALE PROGETTO "SAI? ANFFAS IN-RETE

MILANO, 17/10/2008

GRUPPO DI LAVORO 1

Come da accordi siamo ad inviarLe risposta al Suo quesito posto al SAI? in data.....

Sulla base delle informazioni da Lei fornite, sussistendo le condizioni:

- il congiunto (fratello) fiscalmente a carico;
- il congiunto è riconosciuto persona disabile in stato di gravità ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3.

Lei ha pertanto diritto all'esenzione permanente dal pagamento del bollo auto ai sensi della legge.....

Per fruire dell'esenzione dovrà rivolgersi alla sede ACI a Lei più vicina (dati e orari).

Le alleghiamo il modulo da compilare con l'elenco dei documenti che dovrà allegare:

Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti

GRUPPO DI LAVORO 2

Oggetto:richiesta esenzione bollo di proprietà prot.

Egr. Sig. Rossi

Con riferimento al quesito da Lei sottoposto in data....., sulla base delle informazioni da Lei forniteci, facendo capo alla normativa allo stato (con la normativa a disposizione avremo riportato al legislazione) vigente, Le confermiamo il diritto di poter usufruire dell'esenzione del bollo di proprietà per l'autovettura da Lei indicata.

Al fine di ottenere tale esenzione alleghiamo alla presente il modulo che dovrà essere compilato e presentato, munito di certificazione di invalidità, certificazione ex lege 104/92 di Suo fratello, copia del libretto dell'autovettura ed autocertificazione attestante che il familiare sia fiscalmente a carico, presso l'ufficio della Regione della provincia di residenza (in alcune sedi esegue il servizio ACI).

Confidando nel buon esito del nostro intervento, rimaniamo a disposizione.