



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

DATA \* \_\_\_\_\_7/11/08\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_XXXXXXXXXX\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_XXXXX\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_Roma\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_RM\_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_XXXXXXXXX\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_XXXXXXXXXXXXXXXXX\_\_\_\_\_

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?**

AUTORIZZA                       NON AUTORIZZA                      AL TRATTAMENTO

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 \*:**

Invalidità civile                      percentuale \_100 %\_\_\_\_\_

Handicap 104/92

Con connotazione di gravità

**PROVVIDENZE ECONOMICHE \*:**

Indennità di accompagnamento

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?**

AUTORIZZA                       NON AUTORIZZA                      AL TRATTAMENTO

AUTORIZZA                       NON AUTORIZZA                      ALLA COMUNICAZIONE



**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 RISIEME 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**

**ROMA, 7/11/2008**

#### **GRUPPO DI LAVORO 1:**

**Risposta al quesito Sig.ra ROSSI** (amm.re sostegno fratello Francesco disabile 100%)

Con riferimento alla Sua richiesta, in qualità di amm.re di sostegno, circa la possibilità d'esenzione dal "bollo auto" per l'automezzo utilizzato per un disabile al 100%, Le possiamo confermare che l'esenzione compete:

- a) direttamente all'interessato ove sia intestatario dell'autoveicolo,
- b) ovvero al proprietario dell'autoveicolo, ove persona diversa dal disabile, purchè quest'ultimo risulti a proprio carico fiscale.

Per far valere il diritto all'esenzione potrà farne richiesta alla delegazione ACI più vicina ovvero all'Amministrazione regionale (eventualmente indicandolo se ricavabile con sicurezza dai dati forniti).

A Sua disposizione.  
Cordiali saluti

ILPRESIDENTE  
ANFFAS ONLUS