



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

DATA \_\_\_\_\_27/09/2008\_\_\_\_\_

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 \* \_\_\_\_\_MARIO\_\_\_\_\_

Cognome \* \_\_\_\_\_ROSSI\_\_\_\_\_

**Indirizzo \*:**

Via \_\_\_\_\_XXXXXXXXXXXXXXXX\_\_\_\_\_

n.. X \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_XXXXX\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_Muggia\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_Trieste\_\_\_\_\_

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

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

Tipo di lavoro \_\_\_\_\_ OPERAIO \_\_\_\_\_

**Istituto Previdenziale :**

INPS       INPDAP

Grado di parentela con persona disabile

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

**CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA, ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA DISABILE 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)

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

---

**IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO**

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 DISABILE 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**

**TRIESTE 27/09/2008**

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

In riferimento al suo quesito formulato in data 27 settembre 2008 riguardante l'esenzione del bollo auto La informiamo che, dopo consultazione della normativa vigente, Le è possibile richiedere l'esenzione del bollo in quanto il fratello è invalido civile con indennità di accompagnamento ed è fiscalmente a carico del richiedente.

A completamento della richiesta che alleghiamo gli estremi della normativa vigente da utilizzare per quanto di competenza e il modulo di richiesta da compilare e consegnare all'Agenzia delle Entrate.

Le ricordiamo inoltre che la documentazione da allegare alla richiesta è la seguente:

1. fotocopia della c. d'identità e del codice fiscale del richiedente
2. 2. fotocopia del certificato d'invalidità
3. dichiarazione dei redditi

la richiesta di esenzione del bollo deve essere presentata entro 90 giorni dalla data di scadenza.

È gradito l'incontro per salutare cordialmente.

Il Presidente

Servizio SAI?