

Consorzio BIM dello Spöl

Costituito con D.P. nr. 12719 Div. 4° del 15/06/1967

Deliberazione del Assemblea Consorziale

numero 20 del 27-12-2024

OGGETTO: APPROVAZIONE BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A COPERTURA DELLE SPESE DI ALLOGGIO FUORI COMUNE COLLEGATE AL RICOVERO OSPEDALIERO

Nell'anno duemilaventiquattro, il giorno ventisette del mese di Dicembre, convocata per le ore 08:15, presso la sede dell'Ente, previa l'osservanza di tutte le formalità prescritte dalla vigente Legge, vennero convocati a seduta i componenti di questo Consiglio Direttivo del consorzio BIM dello Spöl.

All'inizio della trattazione del presente oggetto sono presenti i signori:

Componenti	Referenza	Presente	Assente
ZINI MARCO	Presidente	X	
TRABUCCHI LUCA	Consigliere	X	
DESSÌ MATTEO	Consigliere	X	
CLAOTI MARINA	Consigliere		X
RODIGARI DIEGO LUIGI	Consigliere	X	
BORMOLINI NICOLAS	Consigliere	X	
BORMOLINI GIUSEPPE	Consigliere		X
		5	2

Assume le funzioni di Segretario e provvede alla redazione del presente verbale la SIG.RA ELENA MERRI.

Constatato il numero legale degli intervenuti il SIG. MARCO ZINI, assume la presidenza e dichiara aperta la seduta per la trattazione dell'argomento indicato in oggetto.

L'ASSEMBLEA CONSORZIALE

La presenza dei Sigg.ri, Zini Marco, Bormolini Nicolas, Rodigari Diego e Dessì Matteo e Trabucchi Luca è avvenuta mediante collegamento in videoconferenza.

Anche il Segretario assiste in videoconferenza.

L'identità personale dei componenti, collegati in videoconferenza mediante piattaforma Microsoft Teams è stata accertata da parte del Segretario, compresa la votazione, secondo le modalità indicate dal "Regolamento per lo svolgimento in teleconferenza delle sedute dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo del Consorzio Bim dello Spol" approvato con delibera dell'Assemblea consorziale n. 13 del 04.12.2023.

Richiamata la propria precedente deliberazione n. 19 in data 27.12.2024, esecutiva ai sensi di legge, avente per oggetto la formulazione proposte in ordine all'utilizzo del fondo comune esercizio 2024, con la quale il Comune di Livigno ha destinato la somma di € 10.000,00 per contributi a sostegno delle famiglie;

Considerato che a tal fine si intende pertanto indire un bando pubblico per la concessione di contributi economici destinati a coprire parzialmente le spese di alloggio sostenute dai cittadini residenti nel Comune di Livigno e Valdidentro, in occasione di ricoveri ospedalieri fuori dal territorio comunale. L'iniziativa mira a ridurre l'impatto sociale ed economico dovuto al ricovero ospedaliero prolungato fuori dal comune di residenza, garantendo un supporto alle famiglie in un momento di particolare necessità, prevedendo uno stanziamento per un importo complessivo di € 10.000,00;

Preso atto che l'iniziativa di cui sopra ha una valenza sociale rilevante essendo rivolta alla generalità della popolazione di Livigno e Valdidentro, volta al supporto delle politiche sociali;

CON VOTI FAVOREVOLI 5 ESPRESSI NEI MODI E FORME DI LEGGE ESSENDO 5 I PRESENTI DEI QUALI 5 I VOTANTI E 0 ASTENUTI

DELIBERA

Approvare il bando ad oggetto: "Bando per la concessione di contributi a copertura delle spese di alloggio fuori comune collegate al ricovero ospedaliero" e la relativa modulistica, allegati alla presente quale parte integrante e sostanziale, relativi alla concessione di contributi economici destinati a coprire parzialmente le spese di alloggio sostenute dai cittadini residenti nel Comune di Livigno e Valdidentro, in occasione di ricoveri ospedalieri fuori dal territorio comunale. L'iniziativa mira a ridurre l'impatto sociale ed economico dovuto al ricovero ospedaliero prolungato fuori dal comune di residenza, garantendo un supporto alle famiglie in un momento di particolare necessità **fino ad esaurimento fondi previsti in € 10.000,00. E' prevista la possibilità di rifinanziamento del bando.**

Dare al bando la massima diffusione tra la locale popolazione residente;

Procedere immediatamente alla pubblicazione del bando riservandosi di annullarlo qualora non venga approvata la destinazione fondi da parte della Comunità Montana Alta Valtellina; in ogni caso i contributi non potranno essere liquidati fino all'approvazione della destinazione fondi da parte della Comunità Montana Alta Valtellina

Demandare alla segreteria del Consorzio la verifica della completezza e la regolarità della

documentazione presentata che proporrà l'erogazione del contributo spettante previa deliberata dal Consiglio Direttivo del Consorzio nella prima seduta utile;

Dare atto che il contributo sarà erogato tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato dal richiedente, entro 30 giorni dalla deliberazione di assegnazione da parte del Consiglio Direttivo del Consorzio.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Presidente
SIG. MARCO ZINI

Il Segretario
SIG.RA ELENA MERRI

CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'

☒ Deliberazione dichiarata immediatamente eseguibile ai sensi dell' art. 134, comma 4, del D.Lgs. 267/2000 e ss.mm.ii.

☐ Deliberazione esecutiva ad ogni effetto di legge decorso il decimo giorno di pubblicazione, ai sensi dell'art. 134, comma 3, del D.Lgs n. 267/2000 e ss.mm.ii.

Segretario
SIG.RA ELENA MERRI

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

OGGETTO: APPROVAZIONE BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A COPERTURA DELLE SPESE DI ALLOGGIO FUORI COMUNE COLLEGATE AL RICOVERO OSPEDALIERO

PARERI

Di cui all'art. 49, comma 1, del D. Lgs 18.08.2000, n.267

Parere **FAVOREVOLE** sulla **regolarità tecnica** del presente atto.

Data: 27-12-2024

Il Responsabile

Elena Merri

Parere **FAVOREVOLE** sulla **regolarità contabile** del presente atto.

Data: 27-12-2024

Il Responsabile

Elena Merri

Attestazione di copertura finanziaria

Data: 27-12-2024

L'addetto del Bilancio e Contabilità

Elena Merri

CONSORZIO BIM DELLO SPOL

BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A COPERTURA DELLE SPESE DI ALLOGGIO FUORI COMUNE COLLEGATE AL RICOVERO OSPEDALIERO

Articolo 1 - Finalità del Bando

Il Consorzio dei Comuni del Bacino Imbrifero Montano dello Spol, che opera per favorire il progresso economico e sociale delle popolazioni dei Comuni ricadenti nel Bacino Imbrifero di competenza del Consorzio (Comune di Livigno e Valdidentro), indice il presente bando pubblico per la concessione di contributi economici destinati a coprire parzialmente le spese di alloggio sostenute dai cittadini residenti in uno dei Comuni del Consorzio in occasione di ricoveri ospedalieri fuori dal territorio comunale. L'iniziativa mira a ridurre l'impatto sociale ed economico dovuto al ricovero ospedaliero prolungato fuori dal comune di residenza, garantendo un supporto alle famiglie in un momento di particolare necessità.

Articolo 2 - Soggetti Beneficiari

Possono presentare domanda per la concessione del contributo coloro che soddisfano i seguenti requisiti:

- Essere residenti nel Comune di Livigno o nel Comune di Valdidentro da almeno 5 anni al momento della presentazione della domanda e al momento dell'avvenuto ricovero.
- Essere familiare del ricoverato, intendendo per familiare:
 - o coniuge o convivente di fatto;
 - o parenti entro il secondo grado (genitori, figli, fratelli, sorelle, nonni, nipoti);
 - o affini entro il secondo grado (suoceri, generi, nuore, cognati).

Articolo 3 - Dotazione Finanziaria

La dotazione finanziaria complessiva destinata al presente bando è di € 10.000,00.

L'erogazione dei contributi avverrà con procedura a sportello, secondo l'ordine cronologico di arrivo delle domande ammissibili, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, salvo eventuale rifinanziamento del bando. In caso di rifinanziamento del bando verranno tenute valide le domande già pervenute che soddisfano i requisiti del presente bando.

Articolo 4 - Requisiti di Ammissibilità

Per accedere al contributo devono sussistere le seguenti condizioni:

- parentela o relazione con il ricoverato indicata all'Articolo 2;
- il familiare ricoverato deve essere residente nel Comune di Livigno o nel Comune di Valdidentro;
- il ricovero del familiare deve:
 - o avere avuto durata minima di due giorni consecutivi;
 - o essere stato effettuato presso una struttura sanitaria del SSN situata fuori dal Comune di residenza ad una distanza stradale di almeno 45 km, ma non all'estero;
 - o essere adeguatamente documentabile.

- l'alloggio deve essere avvenuto in una struttura ricettiva avente una distanza massima di 15 km dalla struttura del SSN in cui è avvenuto il ricovero.
- le spese alloggio devono:
 - o riguardare almeno due giorni consecutivi;
 - o essere adeguatamente documentate con ricevute o fatture intestate al richiedente;
- assenza di altri contributi pubblici o privati per le medesime spese.

Il ricovero deve essere avvenuto nel periodo compreso tra il 01/09/2024 fino al 30/09/2025. E' facoltà del Consorzio prorogare tale termine in caso di residua disponibilità di risorse.

Articolo 5 - Spese Ammissibili

Sono considerate ammissibili le spese relative all'alloggio presso strutture alberghiere o similari (bed & breakfast, locazioni brevi) documentate con fatture o ricevute intestate al richiedente.

In caso di ricovero d'urgenza sono ammissibili le spese dal giorno del ricovero fino al giorno successivo alle dimissioni.

In caso di ricovero programmato sono ammissibili le spese dal giorno antecedente al ricovero fino al giorno successivo alle dimissioni.

E' ammesso il rimborso ad un solo familiare per ogni singolo giorno di ricovero. Sono da considerarsi consecutivi anche i giorni di soggiorno effettuati da familiari differenti. In tal caso alla presentazione della domanda dovranno essere allegata copia della documentazione relativa alle spese sostenute anche dagli altri familiari per gli altri giorni di soggiorno relativi al medesimo ricovero.

In caso di presentazione di più domande di contributo relative al medesimo ricovero e relative allo stesso giorno di soggiorno, verrà considerata solamente la prima domanda ricevuta in ordine cronologico di presentazione.

Non sono ammissibili spese sostenute presso abitazioni private, salvo comprovata locazione con contratto temporaneo e documentato.

Non sono ammesse spese relative al vitto.

Nel caso in cui la documentazione relativa alle spese di alloggio sia comprensiva delle spese di vitto (ad esempio in caso di trattamento mezza pensione o pensione completa), verrà considerata come spesa ammissibile una quota pari all'75% della spesa indicata nella documentazione.

Articolo 6 - Importo del Contributo

Il contributo copre l'80% delle spese ammissibili, fino ad un massimo di 800,00 euro per singolo ricovero.

In ogni caso per ogni singolo giorno di ricovero è rimborsata una spesa massima documentata di € 90,00.

Non è possibile richiedere ulteriori contributi per lo stesso ricovero, anche se il periodo eccede i giorni minimi indicati.

Articolo 7 - Modalità di Presentazione delle Domande

Le domande possono essere presentate a partire dalla data di pubblicazione del bando e fino alle ore 12:00 del 30/10/2025. E' facoltà del Consorzio prorogare tale termine in caso di residua disponibilità di risorse.

Le domande di contributo devono essere predisposte su apposito modulo allegato al presente bando e corredate dagli allegati richiesti. Le stesse devono essere presentate:

- direttamente presso la segreteria del BIM dello Spol - ufficio Protocollo del Comune di Livigno in Plaza del Comun n. 93;
- tramite invio mezzo PEC all'indirizzo bimspol@pec.it.

Articolo 8 - Documentazione da Allegare

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione della relazione del ricoverato;
- adeguata documentazione attestante il ricovero del familiare. Da tale documentazione deve essere inequivocabilmente determinabile:
 - o la data di inizio del ricovero;
 - o la data di fine del ricovero;
 - o la continuità del ricovero;
 - o la struttura in cui è avvenuto il ricovero e l'indirizzo della stessa.
- copia delle fatture o ricevute relative alle spese di alloggio;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in merito all'assenza di altri contributi ricevuti per le medesime spese.

Articolo 9 - Procedura per l'Assegnazione del Contributo

Le domande saranno esaminate dalla segreteria del Consorzio per verificarne la completezza e la regolarità della documentazione presentata.

La conformità ai requisiti sarà determinata sulla base della documentazione presentata.

In caso di carenza di documentazione potrà essere richiesta l'integrazione della stessa che dovrà pervenire entro e non oltre 10 giorni dalla data di richiesta, pena la decadenza della domanda presentata.

A seguito di esito positivo dell'istruttoria amministrativa di verifica della domanda presentata, l'erogazione del contributo spettante sarà deliberata dal Consiglio Direttivo del Consorzio nella prima seduta utile.

In caso di risorse insufficienti, le domande saranno accolte in ordine cronologico di arrivo.

Articolo 10 - Liquidazione del Contributo

Il contributo sarà erogato tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato dal richiedente, entro 30 giorni dalla deliberazione di assegnazione da parte del Consiglio Direttivo del Consorzio.

Articolo 11 - Controlli e Sanzioni

Tutte le dichiarazioni di cui al presente bando, compresa la domanda di contributo, si intendono rese con le formule dell'autocertificazione o della dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. La firma in calce alla domanda deve essere apposta per esteso e in forma leggibile. Il Consorzio Bim dello Spol può opporre rifiuto alla presentazione di una istanza qualora la firma in calce risulti illeggibile.

Il Consorzio si riserva il diritto di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni e della documentazione presentata in modalità diretta o richiedendo integrazioni documentali al richiedente che dovrà essere presentata entro 10 giorni dalla richiesta.

Ferme restando le responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo risulti accertata la non veridicità del contenuto della dichiarazione sostitutiva, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Il Consorzio provvederà al recupero del contributo indebitamente liquidato gravato degli interessi legali, riservandosi altresì di richiedere, se del caso, il risarcimento dell'eventuale danno.

Articolo 12 - Disposizioni Finali

La partecipazione al presente bando implica l'accettazione integrale di tutte le condizioni nello stesso contenute.

Eventuali controversie saranno risolte secondo le norme vigenti.

Il Consorzio B.I.M. dello Spol si riserva la facoltà di modificare o revocare il bando per esigenze amministrative o finanziarie, senza che ciò dia diritto a richieste di indennizzo.

Ulteriori chiarimenti e/o informazioni possono essere richiesti alla segreteria del Consorzio Bim dello Spol, Plaza dal Comun n. 93 – 23041 Livigno (SO) Tel. 0342/991114, E-mail elena.merri@comune.livigno.so.it

Articolo 13 - Trattamento dei Dati Personali

I dati personali forniti saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di privacy. Il trattamento avverrà esclusivamente in esecuzione del presente bando e i dati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti. Titolare del trattamento è il Consorzio dei Comuni del Bacino Imbrifero Montano dello Spol.

L'interessato potrà esercitare i propri diritti (accesso, rettifica, cancellazione, opposizione) contattando la segreteria del Consorzio ai seguenti recapiti indicati nel presente Bando.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. PREMESSA

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali"(di seguito denominato "Codice"), e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) il Consorzio B.I.M. dello Spol, in qualità di "Titolare del trattamento" e nell'ambito delle rispettive competenze, intende fornirle alcune informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali. Le ricordiamo che il trattamento dei dati per lo svolgimento di funzioni istituzionali da parte del Consorzio B.I.M. dello Spol, in quanto soggetto pubblico non economico, non necessita di un Suo specifico consenso.

2. FONTE DEI DATI PERSONALI

La raccolta dei dati personali viene effettuata registrando i dati da lei stesso forniti, in qualità di interessato, al momento della compilazione della domanda per l'assegnazione di contributo a copertura delle spese di alloggio fuori comune collegate al ricovero ospedaliero. In caso di controlli, ex. Art. 71 DPR n.445/00, i dati saranno acquisiti dalle amministrazioni competenti.

3. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali riferiti ai beneficiari di contributo sono raccolti e trattati nell'ambito delle funzioni istituzionali del titolare attraverso banche dati informatizzate e cartacee per le seguenti finalità:

a) Realizzazione dell'istruttoria tecnica delle domande; b) Elaborazioni di report statistici quali-quantitativi anche in forma aggregata; c) Invio comunicazioni sull'esito dell'istruttoria agli interessati e al Tesoriere del Consorzio B.I.M. dello Spol per effettuare i pagamenti; d) Realizzazione della attività di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive inerenti la domanda di contributo;

La base giuridica per i trattamenti sopraindicati è costituita dall'art.6 comma 1 lett. B-C-E del Reg. 679/16 (GDPR).

4. MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra evidenziate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi ai sensi dell'art. 5 del Reg. 679/16.

Tutti i dati saranno trattati solamente per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità succitate, salvo l'archiviazione di dati, informazioni, file necessari per preconstituire prova dell'esatto adempimento delle obbligazioni (fino allo spirare dei termini di prescrizione dei diritti) e per norma di legge.

5. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I suoi dati personali saranno conosciuti esclusivamente dalla Segreteria e dal Consiglio Direttivo del Consorzio B.I.M. dello Spol. La informiamo altresì che tali dati non saranno trasmessi in paesi Extra-UE; è tuttavia possibile che, per le finalità specifiche indicate di seguito, i suoi dati potrebbero essere conosciuti anche da soggetti, nominati responsabili esterni ex art. 28 GDPR, diversi dal Titolare, quali:

Società informatiche: per finalità di gestione, manutenzione, aggiornamento dei sistemi e software usati dal Titolare;

Consulenti, Professionisti, Studi legali, arbitri, assicurazioni, periti, broker: per gestione aspetti fiscali ed amministrativi attinenti la pratica giudiziale, stragiudiziale, assicurativa in caso di sinistri.

Fornitori di reti, servizi di comunicazione elettronica e servizi informatici e telematici di archiviazione, conservazione e gestione informatica dei dati: per finalità di hosting, housing, cloud, SaaS ed altri servizi informatici remoti indispensabili per l'erogazione delle attività del Titolare;

6. TITOLARE E RESPONSABILI DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il Titolare del trattamento di cui alla presente Informativa é il Consorzio B.I.M. dello Spol con sede a Livigno in Plaza dal Comun n. 93.

Presso il Titolare è stato nominato un Responsabile della protezione dei dati (DPO). I dati di contatto del DPO sono facilmente reperibili sul sito web all'indirizzo www.comune.livigno.so.it. Lei potrà liberamente contattare il DPO per qualsiasi dubbio o problematica riguardante i suoi dati personali.

7. DIRITTI DELL' INTERESSATO

La informiamo dell'esistenza di alcuni diritti sui Suoi dati personali e sul relativo trattamento che Lei potrà chiedere al Titolare rivolgendosi agli uffici amministrativi o al DPO: Diritto di revoca del consenso (art. 13 comma II lett. A e art. 9 comma II lett. A) Diritto di accesso ai dati (art. 15) Diritto di rettifica (art. 16) Diritto all'oblio (art. 17) Diritto alla limitazione del trattamento (art. 18) Diritto alla portabilità (art. 20) Diritto di rivolgersi all'autorità Garante per la protezione dei dati personali (art. 77).

L'esercizio dei diritti succitati è subordinato ai limiti, alle regole e procedure previste dal Regolamento Europeo 679/16 che l'Interessato deve conoscere e porre in essere. Concordemente a quanto previsto dall'articolo 12 comma 3, inoltre, il Titolare fornirà le informazioni relative all'azione intrapresa senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta stessa. Tale termine potrà essere prorogato di 60 giorni, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste. Il Titolare del trattamento informa l'Interessato di tale proroga, e dei motivi del ritardo, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta.

Il sottoscritto prende conoscenza ed accetta l'informativa di cui sopra.

FIRMA _____

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445 del 28.12.2000

SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Visto, per la sottoscrizione apposta in mia presenza

Livigno, _____ Il dipendente addetto _____

* * * * *

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Allego alla presente una fotocopia del seguente documento di identità: _____ n. _____
rilasciato da _____

**CONSORZIO BIM DELLO SPÖL
PLAZA DAL COMUN 93
23041 LIVIGNO (SO)**

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO A COPERTURA DELLE SPESE DI ALLOGGIO
FUORI COMUNE COLLEGATE AL RICOVERO OSPEDALIERO**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
familiare (specificare grado di parentela) _____ del ricoverato _____

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ

- di aver preso integrale visione e piena conoscenza del bando per la concessione di contributi a copertura delle spese di alloggio fuori comune collegate al ricovero ospedaliero, e di accettarlo integralmente;
- ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/00 nell'ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci rilasciate nella presente domanda di contributo;
- di essere consapevole che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 DPR 445/2000-art. 4 D.Lgs. 109/1998-art. 6 DPCM 221/1999) e, in caso di non veridicità, vi sarà decadenza dal contributo ottenuto e denuncia all'Autorità Giudiziaria (artt. 75 e 76 DPR citato);

➤ **Generalità e residenza anagrafica del dichiarante:**

Cognome e nome (indicare anche il secondo nome) _____

Luogo di nascita _____ data di nascita ____/____/____

Nazione (se nato all'estero) _____ Residente dal _____

a _____ Prov. ____ in via _____ n° ____/____

CAP _____ Telefono ab. _____ Cell. _____

Email _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

➤ **Generalità del familiare ricoverato presso struttura ospedaliera per cui vieni richiesto il contributo:**

1) Cognome e nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita ____/____/____

Nazione (se nato all'estero) _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

➤ **Informazioni relative al ricovero:**

Il familiare è stato ricoverato presso la struttura ospedaliera _____
(denominazione ospedale)

_____ (indirizzo ospedale)

Data ricovero _____

Data dimissioni _____

Totale giorni ricovero _____

Tipologia ricovero: ☐ ricovero d'urgenza ☐ ricovero programmato

- Essere residente nel Comune di Livigno o nel Comune di Valdidentro da almeno 5 anni al momento della presentazione della domanda e al momento dell'avvenuto ricovero;
- Essere familiare del ricoverato come definito dall'Art. 2 del Bando, ovvero di essere _____ del familiare ricoverato;
- Il familiare ricoverato è residente nel Comune di Livigno o nel Comune di Valdidentro;
- Il ricovero del familiare:
 - ha avuto durata minima di due giorni consecutivi;
 - è stato effettuato presso una struttura sanitaria del SSN situata fuori dal Comune di residenza ad una distanza stradale di almeno 45 km, ma non all'estero;

CHIEDE

l'assegnazione del contributo economico destinato a coprire parzialmente le spese di alloggio sostenute dai cittadini residenti nei Comuni del Consorzio in occasione di ricoveri ospedalieri di familiari fuori del territorio comunale di residenza, secondo quanto previsto dal relativo bando.

DICHIARA

che le spese sostenute ed ammissibili al contributo previste dal bando sono le seguenti:

Alloggio dal _____ al _____ n. giorni	
Nome struttura alloggio	Tipologia alloggio
Indirizzo struttura alloggio	
Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero	
Tipo di trattamento ☐ solo pernottamento ☐ pernottamento + colazione ☐ mezza pensione ☐ pensione completa	
Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____, _____
Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____, _____
	Quota rimborsabile (75%) € _____, _____

Alloggio dal _____ al _____ n. giorni _____	
Nome struttura alloggio _____	Tipologia alloggio _____
Indirizzo struttura alloggio _____	
Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero _____	
Tipo di trattamento ☐ solo pernottamento ☐ pernottamento + colazione ☐ mezza pensione ☐ pensione completa	
Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____,____
Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di taxa di soggiorno	€ _____,____ Quota rimborsabile (75%) € _____,____

Alloggio dal _____ al _____ n. giorni _____	
Nome struttura alloggio _____	Tipologia alloggio _____
Indirizzo struttura alloggio _____	
Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero _____	
Tipo di trattamento ☐ solo pernottamento ☐ pernottamento + colazione ☐ mezza pensione ☐ pensione completa	
Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____,____
Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di taxa di soggiorno	€ _____,____ Quota rimborsabile (75%) € _____,____

Alloggio dal _____ al _____ n. giorni _____	
Nome struttura alloggio _____	Tipologia alloggio _____
Indirizzo struttura alloggio _____	
Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero _____	
Tipo di trattamento ☐ solo pernottamento ☐ pernottamento + colazione ☐ mezza pensione ☐ pensione completa	
Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____,____
Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di taxa di soggiorno	€ _____,____ Quota rimborsabile (75%) € _____,____

Alloggio dal _____ al _____ n. giorni _____	
Nome struttura alloggio _____	Tipologia alloggio _____
Indirizzo struttura alloggio _____	
Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero _____	
Tipo di trattamento ☐ solo pernottamento ☐ pernottamento + colazione ☐ mezza pensione ☐ pensione completa	
Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno	€ _____,____
Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di taxa di soggiorno	€ _____,____ Quota rimborsabile (75%) € _____,____

Importo totale spese rimborsabili: € _____, ____ (somma degli importi dell' ultima colonna delle singole tabelle)

DICHIARA

che per le medesime spese per le quali si richiede il contributo non sono stati richiesti dal sottoscritto (o da altri soggetti) altri contributi o rimborsi.

CHIEDE

che l'eventuale beneficio assegnato venga accreditato sul conto :

CODICE IBAN: _____

Banca _____ Filiale di: _____

INTESTATARIO: _____

[illegible]

Luogo, data _____

In fede _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- adeguata documentazione attestante il ricovero del familiare. Da tale documentazione deve essere inequivocabilmente determinabile:
 - la data di inizio del ricovero;
 - la data di fine del ricovero;
 - la continuità del ricovero;
 - la struttura in cui è avvenuto il ricovero e l'indirizzo della stessa;
- copia delle fatture o ricevute relative alle spese di alloggio e relative quietanze di pagamento;

INFORMATIVA PRIVACY

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il CONSORZIO B.I.M. DELLO SPOL.

1. Titolare del trattamento

Gentile Sig./ Sig.ra, desideriamo informarla che, il Consorzio B.I.M. dello Spol, Tel 0342 – 991114 email elena.merri@comune.livigno .so.it, PEC bimspol@pec.it. è il Titolare del trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi e per gli effetti del "Codice Privacy" e del "GDPR 2016/679" che prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

2. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) _____ . Tutte le informazioni sono disponibili sul sito _____

3. Finalità del trattamento

I dati personali da lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per le finalità connesse all'espletamento del servizio di trasporto scolastico. Potremmo, inoltre, chiedere il suo consenso per trattare i suoi dati personali per specifiche finalità che le comunicheremo. Quando acconsente al trattamento dei suoi dati personali da parte nostra per una specifica finalità, potrà revocare il suo consenso in qualsiasi momento e, in tal caso, cesseremo di trattare i suoi dati per tale finalità.

4. Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del Codice Privacy (artt. 33-36) in materia di misure di sicurezza ad opera di soggetti appositamente autorizzati ed in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5, paragrafo 1 del GDPR 2016/679, i suoi dati personali saranno trattati per tutto il tempo necessario a perseguire le finalità per cui sono stati richiesti e saranno successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

5. Ambito di comunicazione e diffusione

La informiamo che, di regola, i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge o per le necessità di svolgimento del servizio.

6. Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

CONSENSO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver preso visione dell'Informativa che precede.

Livigno, li _____, (firma leggibile)

Io sottoscritto/a alla luce dell'Informativa ricevuta

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso al trattamento dei dati personali miei e dell'alunno inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei dati personali miei e dell'alunno ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'Informativa.

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla diffusione dei dati miei e dell'alunno come riportato al punto 5 della presente Informativa.

Livigno, _____ Firma _____
(anche per consenso al trattamento dei dati)