

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**  
**ASST Garda**



**Garda Sociale**  
Azienda Speciale Consortile

Ambito territoriale 11 GARDA

ASST GARDA

**PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA SERVIZI – D.G.R. (D.G.R. 6320/2026)  
ESERCIZIO 2026/2027**

Per il Sig./Sig.ra

Nato/a a

il

Codice fiscale

Residente a

Domiciliato /a a

Tel.

E-mail

MMG

Tel./  
e-mail

Data domanda di accesso alla Misura

Data valutazione  
multidimensionale

**TIPOLOGIA UTENTE**

- ☐ di qualsiasi età, al domicilio, evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale
- ☐ con necessità di sostegno intensivo elevato, accertato ai sensi dell'art. 3 c.3 L. 104/92  
ovvero
- ☐ beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988
- ☐ con valore ISEE sociosanitario < = a € 25.000 per adulti e anziani,
- ☐ ISEE Ordinario < = a € 40.000 per minori

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| Nome e cognome | Data di nascita | Grado di parentela | Convivenza (si/no) |
|----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
|                |                 |                    |                    |
|                |                 |                    |                    |
|                |                 |                    |                    |

### EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

| Figura professionale | Nome e cognome | Ente di appartenenza |
|----------------------|----------------|----------------------|
|                      |                |                      |
|                      |                |                      |

### SISTEMA DI ASSISTENZA E CURA

☐ CAREGIVER FAMILIARE

☐ CAREGIVER PROFESSIONALE

#### Specificare tipologia:

|                                               |                                                            |                                       |                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente   | <input type="checkbox"/> Madre                             | <input type="checkbox"/> Sorella/e    | <input type="checkbox"/> Cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Figlio/a/i           | <input type="checkbox"/> Padre                             | <input type="checkbox"/> Cugino/a     | <input type="checkbox"/> Zio/a     |
| <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori   | <input type="checkbox"/> Fratello/i                        | <input type="checkbox"/> Nuora/Genero | <input type="checkbox"/> Nessuno   |
| <input type="checkbox"/> Assistente personale | <input type="checkbox"/> Tipologia operatore (specificare) |                                       |                                    |

Cognome e Nome:

**Presenza di un amministratore di sostegno/tutore** ☐ SI ☐ NO

Cognome e Nome:

### SERVIZI ATTIVI: RETE SOCIO SANITARIA

| Sostegno:                                              | Specifiche: |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ADI                           |             |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (CDI) |             |
| <input type="checkbox"/> Ricovero di Sollievo          |             |

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Misura B1                |  |
| <input type="checkbox"/> RSA Aperta               |  |
| <input type="checkbox"/> Residenzialità Assistita |  |
| <input type="checkbox"/> Ambulatori Autismo       |  |
| <input type="checkbox"/> Case Management          |  |
| <input type="checkbox"/> RSA/RSD                  |  |
| <input type="checkbox"/> CDD                      |  |
| <input type="checkbox"/> CSS                      |  |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)      |  |
| In attesa di Inserimento (specificare):           |  |

| SERVIZI ATTIVI: RETE SOCIO-ASSISTENZIALE                                |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Sostegno:                                                               | Specifiche: |
| <input type="checkbox"/> Servizio pasti a domicilio                     |             |
| <input type="checkbox"/> Servizio lavanderia                            |             |
| <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto                          |             |
| <input type="checkbox"/> Telesoccorso                                   |             |
| <input type="checkbox"/> SAD                                            |             |
| <input type="checkbox"/> CSE                                            |             |
| <input type="checkbox"/> SFA                                            |             |
| <input type="checkbox"/> CAG                                            |             |
| <input type="checkbox"/> Servizio Educativo<br>Domiciliare/Territoriale |             |
| <input type="checkbox"/> SOSTEGNI (QSFP)                                |             |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)                            |             |
| <input type="checkbox"/> In attesa di inserimento in:                   |             |

| CERTIFICAZIONI                                    |  |
|---------------------------------------------------|--|
| Invalidità Civile (specificare %)                 |  |
| Indennità accompagnamento                         |  |
| L.104/92 art.3 c.3                                |  |
| Certificazione unica Dlgs 62/2024                 |  |
| Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i) |  |

Certificazione Specialistica

**DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD-11)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**VALORE ISEE SOCIO SANITARIO E/O ORDINARIO  
IN CORSO DI VALIDITA':**

€

**SCALE DI VALUTAZIONE**

|                               |      |  |        |  |
|-------------------------------|------|--|--------|--|
| <input type="checkbox"/> ADL  | data |  | Esito: |  |
| <input type="checkbox"/> IADL | data |  | Esito: |  |

**IDONEITA' ALLA MISURA SERVIZI:** ☐ SI ☐ NO

**PROGETTO INDIVIDUALE (PI)**

\*Data e sede di  
SOTTOSCRIZIONE  
del P.I.:

\*Inserimento obbligatorio ai fini del proporzionamento del Budget di progetto sulla base dei mesi di presa in carico.

DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO, PER I QUALI SI CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELLA MISURA SERVIZI:

BISOGNI/DESIDERI

OBIETTIVI

INTERVENTI NECESSARI (per l'esercizio 2026 e 2027)

|  |
|--|
|  |
|--|

**REVISIONE/VERIFICA P.I.**

- |                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> per rinnovo<br><input type="checkbox"/> per richiesta familiare<br><input type="checkbox"/> per richiesta beneficiario<br><input type="checkbox"/> per richiesta Comune<br><input type="checkbox"/> altro..... | Data revisione/verifica P.I.<br><br>..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

**MOTIVAZIONI:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**CASE MANAGER DEL PROGETTO**

NOME e COGNOME:

TELEFONO:

Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) *specificare*

**Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST**

Firma Case Management Comune \_\_\_\_\_

Firma Operatore Referente ASST \_\_\_\_\_

**Sottoscrittore Progetto Individuale (beneficiario/delegato)**

*CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.) PROPOSTOMI DA: EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE TERRITORIALE. SONO INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LA FRUIZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA MISURA SERVIZI DI CUI ALLA D.G.R. 6320/2026 E' SUBORDINATA:*

*A) AL POSIZIONAMENTO UTILE DEL BENEFICIARIO NELLA GRADUATORIA CHE VERRA' COSTITUITA DALL'UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE, SECONDO I CRITERI E LE PRIORITA' FISSATE DALLA D.G.R. 3719/2024 E DALL'AVVISO;*

*B) ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA DISPONIBILITA' DELLE RISORSE NECESSARIE ALL'EROGAZIONE DEI BENEFICI.*

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o suo delegato\*

\_\_\_\_\_

*\*nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo:*

*- in presenza di delega ordinaria alla presentazione;*

*- in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In relazione ai dati personali (riferiti a “persona fisica”) trattati da parte dei Comune dell'Ambito Territoriale Sociale 11 – Garda e dell'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. U E 2016/679, contitolari del trattamento, si informa che:

- contitolari del trattamento sono i Comuni dell'Ambito 11 del Garda, (Bedizzole, Calvagese d/Riviera, Desenzano d/G, Gardone Riviera, Gargnano, Limone s/G, Lonato d/G, Magasa, Manerba d/G, Moniga d/G, Padenghe s/G, Polpenazze d/Garda, Pozzolengo, Puegnago d/Garda, Salò, San Felice d/Benaco, Sirmione, Soiano d/Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine s/Garda, Valvestino) e l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò in piazza Carmine n. 4, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore generale – dato di contatto [direzione.amministrativa@gardasociale.it](mailto:direzione.amministrativa@gardasociale.it)
- il dato di contatto del responsabile della protezione dei dati dell'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, [consulenza@entionline.it](mailto:consulenza@entionline.it) - PEC [nadia.cora@mantova.pecavvocati.it](mailto:nadia.cora@mantova.pecavvocati.it)
- l'Azienda si può avvalere, per il trattamento dei dati, di soggetti terzi (individuati quali responsabili del trattamento) sulla base di un contratto od altro atto giuridico (ad es. atto di designazione del Responsabile del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE/2016)
- i dati personali sono raccolti dai comuni contitolari in cui ha residenza l'istante, e poi trasmessi alla società Consortile Garda Sociale, che si occupa della valutazione delle richieste pervenute, della formazione della graduatoria e della liquidazione. I dati vengono raccolti e trattati per le finalità istituzionali assegnate ai Comuni e all'Azienda ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) e lett. a) ed il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri; gli uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l'avvio e la conclusione della procedura di cui al presente avviso. Nel caso di specie i dati vengono raccolti per la gestione del servizio di erogazione di sostegni economici (buoni sociali) e di prestazioni (voucher sociale) a persone con disabilità residenti nei comuni dell'Ambito 1, finanziati con il Fondo Non Autosufficienza. La base Giuridica è la D.G.R. Lombardia 7751/2022, Decreto 1581/2023 Regione Lombardia
- il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale sia con strumenti elettronici/informatici
- il trattamento viene svolto in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà ivi previsti in capo agli enti pubblici
- sono trattati i dati indicati nelle linee guida, dati personali identificativi, dati sanitari e dati appartenenti a particolari categorie;
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l'adozione di decisioni sulle persone
- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti e/o per l'espletamento di procedure finalizzate alla rendicontazione del presente avviso
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione
- il mancato conferimento dei dati all'Azienda può comportare l'impossibilità alla partecipazione al bando/avviso
- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi

- gli interessati (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto all'accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o suo delegato

\_\_\_\_\_

*\*nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo:*

*- in presenza di delega ordinaria alla presentazione;*

*- in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*