

PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE 2021-2027

SCHEDA DI ADESIONE PARTECIPANTI

FESR e FSE+ 2021-2027

**La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e conservata dalla Azienda sanitaria
(SCRIVERE IN STAMPATELLO E ARCHIVIARE CARTACEO)**

Area di intervento “CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA”

A cura dell’Azienda sanitaria _____

Titolo Progetto _____

Codice progetto |_____|

Sezione “Condizione di accesso del partecipante”

Possesso del partecipante di una delle condizioni di accesso all’intervento finanziato nell’ambito del PNES “Contrastare la Povertà sanitaria” come stabilito dal documento Criteri di individuazione della popolazione target e modalità di attestazione dei requisiti (barrare almeno una casella)

- Persona in condizioni di povertà (certificazione ISEE inferiore a 10.000 euro)
- Straniero/a temporaneamente presente (STP)
- Europeo/a non iscritto (ENI)
- Titolare di esenzioni per reddito (nazionali e/o regionali)
- Indigente tracciato nelle anagrafiche dei Servizi Sociali dei Comuni, in possesso di dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
- Indigente non tracciato nelle anagrafiche dei Servizi Sociali dei Comuni, in possesso di dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell’Ente del Terzo Settore (ETS), presa in carico durante le attività di *outreach* in contesti deprivati

I _____ sottoscritto/a _____

nato/a il (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____ a _____ (Comune o Stato estero di nascita) _____ (Provincia) (____) (Stato di nascita) _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Altro Codice

IDENTIFICATIVO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA:

- A) di essere di sesso: M F
- B) di avere cittadinanza _____,
- C) di risiedere
 - a. in via/piazza _____ n° _____
 - b. Comune _____
 - c. CAP _____
 - d. Provincia _____
 - e. n° tel. _____
 - f. n° cell. _____
 - g. e-mail _____
- D) di non avere residenza _____,
- E) di non avere domicilio
- F) (*da compilare se la residenza è diversa dal domicilio*)
 di essere domiciliato in via/piazza _____ n° _____
 Comune _____ CAP _____ Provincia _____
 n° tel. _____
- G) **di essere in possesso del seguente titolo di studio** (*Indicare il titolo di studio più elevato posseduto; in assenza di titolo riconosciuto indicare il titolo maggiormente assimilabile*):
- 00 Nessun titolo
 - 01 Licenza elementare
 - 02 Licenza media/avviamento professionale
 - 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni))
 - 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
 - 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
 - 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)
 - 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
 - 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
 - 09 Titolo di dottore di ricerca

H) **di essere attualmente nella seguente condizione professionale:** (*barrare una sola casella*):

- 01 In cerca di prima occupazione (*non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro*) – **Compilare punto G**)
- 02 Occupato (*compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG ordinaria*) -
- 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (*o iscritto alle liste di mobilità - CIG straordinaria – Contratti solidarietà difensivi*) - **Compilare il punto G**)

- 04 Studente
- 05 Inattivo diverso da studente (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione*)

I) di essere alla ricerca di lavoro da (durata) – (*compilare in caso di disoccupato o in cerca di prima occupazione; barrare una sola casella*):

- 01 Fino a 6 mesi (<=6)
- 02 Da 6 mesi a 12 mesi (<= 12 mesi)
- 03 Da 12 mesi e oltre (>12)
- 04 Non disponibile

J) di appartenere a una delle seguenti categorie di vulnerabilità:

- 01 Persona disabile
- 02 Cittadino/a di paesi terzi
- 03 Partecipante di origine straniera
- 04 Appartenente a minoranze (comprese le comunità come i Rom)
- 05 Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa
- 06 Persona che vive in zone rurali
- 07 Altro tipo di vulnerabilità

DICHIARAZIONE

.....sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'intervento è finanziato dal “Programma Nazionale Equità nella Salute” a valere sui fondi europei FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e FSE+ (Fondo Sociale Europeo Plus)

Allegati n° ____:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):

- ISEE inferiore a 10.000 euro
- STP
- ENI
- Esenzione per reddito
- Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
- Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)
- Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 e per le persone con tutela legale, firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

DATI Genitore o tutore

- Nome
- Cognome
- CF
- Indirizzo
- Telefono
- Email

A cura dell'Azienda sanitaria

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

*Il soggetto incaricato dall'Azienda sanitaria alla compilazione e raccolta della presente scheda di adesione (Inserire Nome e Cognome) ha provveduto a compilare la **Sezione "Condizione di accesso del partecipante"** e ad allegare il corrispondente documento comprovante*

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

INSERIRE I RIFERIMENTI NORMATIVI VIGENTI IN AZIENDA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, inserire l'informativa sul trattamento dei dati personali secondo il modello di gestione dei dati adottato presso ciascuna organizzazione e comprensiva di tutte le informazioni richieste come obbligatorie dalle sopra citate disposizioni normative.

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 firma del genitore o di chi ne esercita la tutela
