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 |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.
e stampato il giorno 24/11/2026 da Marta Gianoli.
Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

➢ ***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 Comini 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:

<table>
<tr><td colspan="2">Alloggio dal al n. giorni</td></tr>
<tr><td>Nome struttura alloggio</td><td>Tipologia alloggio</td></tr>
<tr><td colspan="2">Indirizzo struttura alloggio</td></tr>
<tr><td colspan="2">Distanza dell'alloggio dalla struttura di ricovero</td></tr>
<tr><td colspan="2">Tipo di trattamento □ solo pernottamento □ pernottamento + colazione □ mezza pensione □ pensione completa</td></tr>
<tr><td>Spesa giornaliera sostenuta per il solo pernottamento (se suddivisibile) comprensivo di tassa di soggiorno</td><td>€_____,__</td></tr>
<tr><td>Spesa giornaliera sostenuta per il pernottamento ed altri servizi (se non suddivisibili) comprensivo di tassa di soggiorno</td><td>€_____,__ Quota rimborsabile (75%) €_____,__</td></tr>
</table>

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.
e stampato il giorno 24/11/2026 da Marta Gianoli.
Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

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 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 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 tassa di soggiorno	€_____,__	Quota rimborsabile (75%) €_____,__

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.
e stampato il giorno 24/11/2026 da Marta Gianoli.
Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

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: _____

Codice Fiscale |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__

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;**

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.
e stampato il giorno 24/11/2026 da Marta Gianoli.
Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

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, lì _____.(firma leggibile)

Io sottoscritto/a alla luce dell'Informativa ricevuta

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso al trattamento dei dati personali miei e del familiare ricoverato inclusi quelli considerati come categorie
particolari di dati.

☒ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei dati personali miei e del familiare ricoverato 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 del familiare ricoverato come riportato al punto 5 della presente Informativa.

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

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.
e stampato il giorno 24/11/2026 da Marta Gianoli.
Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.