

Barcode

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Agenzia provinciale per l'assistenza e
la previdenza integrativa
Via Zambra 42 - Top Center
38121 T R E N T O
apapi.invalidicivili@pec.provincia.tn.it

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA

(art. 10 Legge provinciale 15/2012)

Luogo _____, Data ___/___/___

Il/la sottoscritto/a _____	sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)	
nato/a a _____	(Provincia ____), il giorno ___/___/___
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)	
residente nel Comune di _____	(Provincia ____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)	
frazione _____, indirizzo _____, n. _____	
Codice fiscale <input type="text"/>	
cittadinanza _____ telefono _____ / _____	e-mail/PEC _____

C H I E D Ela concessione dell'**assegno di cura** (art. 10 legge provinciale 15/2012) in qualità di assistito/a

oppure

se il richiedente non è il/la assistito/a	
<input type="checkbox"/> ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:	
<input type="checkbox"/> genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del/la assistito/a;	
<input type="checkbox"/> tutore/curatore del/la beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere	
per il Sig./ra _____, sesso _____	
(cognome e nome del/la beneficiario/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)	
nato/a a _____	(Provincia ____), il giorno ___/___/___
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)	
residente nel Comune di _____	(Provincia ____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)	
frazione _____, indirizzo _____, n. _____	
Codice fiscale <input type="text"/>	
cittadinanza _____ telefono _____ / _____	e-mail/PEC _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici

ID _____

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione n. 1290 dd 21.05.2025
dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa



eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

D I C H I A R A

A) SEZIONE NUCLEO FAMILIARE DA VALUTARE ⁽¹⁾

che il nucleo familiare dell'assistito/a è composto dai seguenti componenti che hanno presentato una dichiarazione ICEF per l'anno _____:

(1) Indicare i componenti della famiglia anagrafica del beneficiario, tenendo conto dei soggetti da includere o da escludere, secondo quanto previsto dalla disciplina sull'assegno di cura (Deliberazione della Giunta provinciale n. 583 del 29 aprile 2025 e punto 1 dell'Allegato)

Cognome Nome	Data di nascita	Grado di parentela rispetto al soggetto di riferimento	Studente ⁽²⁾	Dichiarazione ICEF n.	Presentata a, il
	____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
	____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____

È composto altresì dai seguenti componenti che nell'anno _____ non hanno percepito redditi e non possedevano patrimonio finanziario, immobiliare e autoveicoli con l'eccezione di un eventuale patrimonio finanziario non superiore a 5.000 Euro e/o di eventuali terreni agricoli con redditi dominicali complessivi non superiori a 50 Euro:

Cognome Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela rispetto al soggetto di riferimento	Studente ⁽²⁾
	____ / ____ / ____			<input type="checkbox"/>
	____ / ____ / ____			<input type="checkbox"/>
	____ / ____ / ____			<input type="checkbox"/>
	____ / ____ / ____			<input type="checkbox"/>

(2) Può essere indicato come 'studente' ogni componente del nucleo familiare di età inferiore a 25 anni (fiscalmente a carico) e iscritto alla scuola elementare, media, superiore, università, master, dottorato...)

- (in presenza di figli minori o equiparati), che entrambi i genitori hanno svolto nell'anno _____ attività di lavoro dipendente e assimilato o autonomo o di impresa per almeno sei mesi;
- che sono presenti n. _____ componenti di sesso femminile che hanno svolto nell'anno _____ attività lavorativa per dodici mesi;
- che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti non autosufficienti:

ID invalido	Classe di non autosufficienza al 31/12/_____ ⁽³⁾	Spese per la non autosufficienza sostenute nell'anno _____

(3) 1) Invalidi non deambulanti o con necessità di assistenza continua e ciechi assoluti; 2) Sordi e ciechi con residuo visivo; 3) Invalidi civili al 100% ed equiparati; 4) Invalidi civili da 66% a 73%; 5) Invalidi civili da 74% a 99%; 6) Minori invalidi con assegno; 7) Altri invalidi 67 anni e oltre

- che alla data del 31/12/____ l'abitazione di residenza (4) era di ___ mq calpestabili.

(4) Abitazione dove si risiede a qualsiasi titolo (proprietà, altro diritto reale, locazione, comodato, ecc.). Il dato va arrotondato alla decina inferiore.

Nucleo anagrafico del/la assistito/a in cui non è presente uno dei genitori (nucleo monogenitoriale)

- che alla data di presentazione della domanda nel nucleo familiare indicato non è presente l'altro genitore del/la assistito/a in quanto sussiste una delle seguenti situazioni (5):

ID _____

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione n. 1290 dd 21.05.2025
dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa



- a) i genitori del/la assistito/a sono separati legalmente o sono divorziati, ma nessuno dei due ha costituito un nuovo nucleo come previsto dalle lettere g) o h). Sono equiparati alla separazione legale (separazione giudiziale e/o i casi di omologa della separazione consensuale ex articolo 473-bis 51 c.p.c.), la separazione ai sensi dell'art. 126 C.C. e l'adozione dei provvedimenti temporanei ed urgenti di cui all'articolo 473-bis 22 c.p.c;
- b) è stata presentata la domanda di scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio tra i genitori del/la assistito/a nei casi previsti dall'art. 3 L. n. 898/1970;
- c) l'altro genitore del/la assistito/a è deceduto;
- d) l'altro genitore non ha riconosciuto il/la assistito/a come proprio figlio;
- e) l'altro genitore del/la assistito/a è stato escluso dalla potestà dei figli o è stato adottato nei suoi confronti, ai sensi dell'articolo 333 del codice civile, il provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare;
- f) l'altro genitore del/la assistito/a ha abbandonato il nucleo familiare, è irreperibile o non disponibile a fornire i dati per la compilazione della propria dichiarazione ICEF ed il fatto è stato accertato in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali;
- g) il genitore residente con il/la assistito/a è coniugato o è convivente more uxorio con una persona diversa dall'altro genitore del/la assistito/a;
- h) l'altro genitore del/la assistito/a è coniugato con altra persona o è genitore di altri figli iscritti nella propria scheda anagrafica;
- i) il genitore residente con il/la assistito/a ha dichiarato di aver percepito l'assegno di mantenimento nel quadro C5 della dichiarazione ICEF o sussiste uno dei casi previsti nella sottostante sezione "obbligo di mantenimento dei figli";

(5) In tutti i casi diversi da quelli sopra indicati, il genitore con diversa residenza anagrafica fa parte del nucleo familiare del/la assistito/a e deve pertanto presentare la dichiarazione ICEF. In particolare il genitore presente nel nucleo non può dichiararsi genitore unico nel caso in cui sia presente nel nucleo familiare il proprio convivente more uxorio genitore del/la assistito/a, anche se ha una residenza anagrafica diversa da quella del/la assistito/a.

I dati anagrafici dell'altro genitore del/la assistito/a sono:

Cognome _____, nome _____, data nascita _____
 Indirizzo _____, comune _____ (_____), cap _____

Sezione obbligo di mantenimento dei figli (da compilare nei casi a) o i) quando non è stato dichiarato l'assegno di mantenimento nel quadro C5 della dichiarazione ICEF del genitore residente con il/la assistito/a):

- che l'altro genitore del/la assistito/a ha già adempiuto agli obblighi previsti dall'Autorità giudiziaria;
- che il genitore residente con il/la assistito/a ha avviato le procedure giudiziali per richiedere l'assegno di mantenimento o la separazione è avvenuta successivamente al 01/01/____;
- che l'altro genitore del/la assistito/a adempie agli impegni assunti tra i genitori in via extragiudiziale e le somme ricevute nell'anno _____, sono pari ad euro _____ (6);
- che l'altro genitore del/la assistito/a non adempie o non ha adempiuto agli obblighi previsti dall'Autorità giudiziaria o agli impegni assunti tra i genitori in via extragiudiziale e il genitore residente con il/la assistito/a prende atto che tra i suoi redditi verrà conteggiato un importo forfetario pari a euro 4.800,00, che non può beneficiare della deduzione di euro 2.500,00 per nuclei monogenitoriali e che **lo stato anagrafico qui dichiarato potrà essere accertato da parte della polizia locale**.

(6) L'importo indicato viene conteggiato fra i redditi del nucleo. Se è inferiore ad euro 4.800,00 si assume comunque un reddito di euro 4.800,00.

B) REQUISITI ESSENZIALI: RESIDENZA BIENNALE IN PROVINCIA DI TRENTO E TITOLARITÀ DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO O DI ANALOGHE PRESTAZIONI

- che l'assistito/a risiede ininterrottamente in provincia di Trento dalla nascita o dal _____ (per gli assistiti maggiorenni o minorenni di età superiore ai due anni in possesso del requisito della residenza);



- che il genitore dell'assistito/a _____ risiede ininterrottamente in provincia di Trento dalla nascita o dal _____ (per gli assistiti di età inferiore ai due anni o, se minorenni di età superiore ai due anni, residenti da meno di due anni in provincia di Trento);

che l'assistito/a:

- è titolare dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili di cui alla L.P. n. 7/1998;
- è titolare di assegni per l'assistenza personale continuativa di cui al D.P.R. n. 1124/1965 e ha percepito nell'anno _____ un importo di € _____;
- è titolare di indennità di assistenza e accompagnamento concesse agli invalidi di guerra e superstiti ai sensi del D.P.R. n. 915/1978 e ha percepito nell'anno _____ un importo di € _____;
- è titolare di indennità di assistenza e di accompagnamento a favore di soggetti affetti da infermità per cause di servizio di cui al D.P.R. n. 1092/1973 e alla L.n. 9/1980 e ha percepito nell'anno _____ un importo di € _____;
- ha presentato domanda per l'accertamento dello stato di invalidità che dà titolo all'indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili di cui alla L.P. n. 7/1998, in data _____ attualmente in corso di valutazione;
- presenta contestualmente domanda per l'accertamento dello stato di invalidità che dà titolo all'indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili di cui alla L.P. n. 7/1998.

C) ALTRI DATI RELATIVI ALL'ASSISTITO/A

che l'attuale modalità di assistenza è:

- assistito/a al domicilio;
- ricoverato/a in una struttura ospedaliera o Hospice;
- temporaneamente accolto/a in un posto letto RSA o RSAO o altra struttura residenziale;
- altro.

che lo stato civile dell'assistito/a è:

<input type="checkbox"/> non risponde	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> coniugato/a
<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> religioso/a	

che il titolo di studio dell'assistito/a è:

<input type="checkbox"/> nessun titolo	<input type="checkbox"/> analfabeta	<input type="checkbox"/> licenze elementare	<input type="checkbox"/> licenza media inf. o equiv.
<input type="checkbox"/> diploma	<input type="checkbox"/> diploma universitario	<input type="checkbox"/> laurea	

che l'assistito/a è domiciliato/a (da compilare se diverso dalla residenza):

nel Comune di _____ CAP _____ Porv. _____	(Comune di domicilio)
(sigla)	
Frazione _____, via _____, n. _____	
Telefono _____	

che nei cinque anni antecedenti la presentazione della domanda l'assistito/a ha ceduto al coniuge o a parenti ed affini fino al III grado i seguenti immobili che **non** sono già indicati nelle dichiarazioni ICEF dei componenti del nucleo familiare:

Tip. (7)	Ubicazione	Foglio	Part.	Sub	PM	Quota possesso	Calore ICI	Categ. Catastale	Diritto (8)	Anni (9)	Data nascita	Titolo (11)
						%	0.0					



						%	0.0						
						%	0.0						
						%	0.0						
						%	0.0						
						%	0.0						

(7) **utilizzare:** **FA=fabbricati ad uso abitativo;** **AF=altri fabbricati;** **TE=terreni edificabili;** **TA=terreni agricoli.**

(8) **utilizzare:** **PR=proprietà;** **UV=usufrutto a termine;** **NV=nuda proprietà con diritto altrui a vita;** **NT=nuda proprietà con diritto altrui a termine;** **SV=uso a vita;** **ST=uso a termine;** **AV=abitazione a vita;** **AT=abitazione a termine.**

(9) **Anni usufrutto/uso/abitazione:** compilare nei soli casi di **UT=usufrutto a termine,** **ST=uso a termine,** **AT=abitazione a termine,** **NT=nuda proprietà con diritto altrui a termine,** indicando il numero di anni che decorrono dalla data di riferimento fino al termine del diritto reale di godimento.

(10) **Data nascita titolare diritto usufrutto/uso/abitazione:** compilare solo nei casi di **UV=usufrutto a vita,** **NV=nuda proprietà con diritto altrui a vita,** **SV=uso a vita,** **AV=abitazione a vita,** indicando la data di nascita di chi ha il diritto reale di godimento.

(11) **Titolo della cessione:** utilizzare **G=gratuito;** **O=oneroso.**

D) INCOMPATIBILITÀ'

- di essere a conoscenza che l'assegno di cura è incompatibile con le prestazioni e interventi stabiliti con Deliberazione della Giunta provinciale n. 583 del 29.04.2025 e che pertanto la concessione dell'assegno di cura è subordinata alla rinuncia in sede di UVM alla fruizione di tali prestazioni e interventi. **A tal riguardo dichiara:**
 - di beneficiare del contributo forfetario sulle spese di assistenza per favorire la permanenza al domicilio delle persone in possesso dei requisiti di eleggibilità in RSA con livello assistenziale Namir (prestazione sanitaria aggiuntiva n. 27);
 - di beneficiare dell'intervento di sostegno in favore di persone con disabilità ai fini della permanenza nel loro ambiente di vita familiare (c.d "progetto di vita indipendente");
 - che per l'assistenza alla persona per la quale è richiesto l'assegno di cura, il sig. _____ beneficia del sussidio economico per l'assistenza e cura a domicilio di persone non autosufficienti di cui alla LP 6/1998 art. 8 (il "vecchio Assegno di cura");
 - di beneficiare dell'assegno di cui all'articolo 1 o assegno di cui all'articolo 3 della LP 11/1990 recante "Provvidenze a favore di mutilati ed invalidi civili e sordomuti ultra sessantacinquenni e di mutilati ed invalidi civili di età inferiore a 18 anni";
 - di beneficiare della quota integrativa della prestazione universale definita "assegno di assistenza" di cui agli articoli 34 e 36 del Decreto legislativo 15 marzo 2024 n. 29 recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

E) OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE ALL'AGENZIA PROVINCIALE PER L'ASSISTENZA E LA PREVIDENZA INTEGRATIVA

- di essere a conoscenza dell'obbligo di dare tempestiva comunicazione:
 - di eventuali spostamenti di residenza o domicilio;
 - di ricoveri in strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali al di fuori della provincia di Trento per periodi superiori ai 30 giorni continuativi, in caso di ricoveri a titolo definitivo, o ai 90 giorni nell'anno solare, anche non continuativi o per periodi di sollievo;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il primo riaccertamento successivo, gli eventuali periodi di fruizione del congedo biennale retribuito al 100% di cui all'art. 42 comma 5 del D.Lgs n. 151/2001 per l'assistenza di persone in situazioni di gravità, certificata ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992 (c.d. astensione facoltativa dal lavoro con retribuzione) per l'assistenza alla persona per la quale è richiesto l'assegno di cura pena la decadenza dell'assegno dal giorno in cui inizia il congedo;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare tempestivamente, e comunque non oltre il primo riaccertamento successivo, l'eventuale fruizione della quota integrativa denominata "assegno di assistenza" di cui agli articoli 34 e 36 del Decreto legislativo 15 marzo 2024 n. 29, ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura.

F) DATI RELATIVI ALLA PERSONA DI RIFERIMENTO



		, sesso _____	
(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita)		(M/F)	
nato/a a _____	(Comune o Stato estero di nascita)	(Provincia _____), il giorno ____/____/____	
		(sigla)	(data di nascita)
residente/domiciliato nel Comune di _____	(Comune di residenza)	_____ (Provincia _____)	
		(CAP)	(sigla)
frazione _____, via _____, n. _____			
Codice fiscale <input type="text"/>			
Telefono1 _____	telefono2 _____		

Legame con l'assistito/a:

<input type="checkbox"/> figlio/a	<input type="checkbox"/> nipote	<input type="checkbox"/> amico/a	<input type="checkbox"/> cognato/a
<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> consuocero/a	<input type="checkbox"/> cugino/a	<input type="checkbox"/> ex coniuge
<input type="checkbox"/> fratello/sorella	<input type="checkbox"/> genero/nuora	<input type="checkbox"/> padre/madre	<input type="checkbox"/> pronipote
<input type="checkbox"/> zio/a	<input type="checkbox"/> altro		

Professione:

<input type="checkbox"/> non risposta	<input type="checkbox"/> operaio/a	<input type="checkbox"/> agricoltore	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/> impiegato/a	<input type="checkbox"/> libero professionista	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> nessuna
<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente			

Caratteristica referente:

<input type="checkbox"/> tenuto al pagamento	<input type="checkbox"/> referente da contattare	<input type="checkbox"/> rappresentante legale	<input type="checkbox"/> familiare adeguato
<input type="checkbox"/> convivente	<input type="checkbox"/> amministrat. di sostegno	<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> curatore
<input type="checkbox"/> affidatario			

G) INFORMATIVA

- di accettare di essere sottoposto/a alla valutazione da parte dell'UVM dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- di accettare che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e/o i Servizi Sociali della Comunità di Valle possano effettuare controlli a domicilio sull'assistenza erogata;
- di essere a conoscenza che la documentazione probatoria delle spese sostenute va conservata per 10 anni;
- di essere consapevole che a partire dall'anno successivo all'anno di presentazione della domanda deve essere presentata domanda di riaccertamento della condizione economica, pena la revoca dell'assegno di cura; la domanda va presentata dal 1° ottobre al 28 febbraio successivo;
- di essere consapevole che il certificato in cui si attesta che "l'assistito non è trasportabile, neanche con autolettiga, senza che il suo stato di salute sia compromesso", debba essere conservato e mostrato al momento della visita a domicilio;
- di essere consapevole che in caso di rinuncia all'eventuale assegno di cura richiesto con la presente domanda, non potrà presentare una nuova domanda prima di 90 giorni dalla data della rinuncia.

H) ALTRE COMUNICAZIONI

ID _____

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione n. 1290 dd 21.05.2025
dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa



Il sottoscritto, consapevole che il pagamento dell'Assegno di Cura avviene congiuntamente al pagamento dell'indennità di accompagnamento di cui alla LP 7/98, prende atto che qualora volesse variare le modalità di pagamento già in essere, deve presentare formale richiesta all'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa.

ANNOTAZIONI

DICHIARA INFINE

di aver compilato una domanda costituita da _____ pagine, identificata da:

PROTOCOLLO ICEF N.

CODICE DI CONTROLLO

per la quale ha rilasciato delega di assistenza al Patronato ex art 47 c.c. _____ che allega.

- (*La seguente dichiarazione è facoltativa; barrare il relativo riquadro solo se si intende eleggere domicilio digitale*) dichiara il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.
- di aver ricevuto e preso visione dell'**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE)2016/679) approvata con determinazione del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 2264 di data 20/05/2019 e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Modulistica/Domanda-per-la-concessione-dell-assegno-di-cura

(luogo)

(data sottoscrizione)

(firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto

_____ (indicare in stampatello il nome del dipendente)

consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____

data di scadenza _____, rilasciato/a da _____

il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

(data)

(timbro dell'ufficio e firma)

Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____

data di scadenza _____, rilasciato/a da _____

il quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il/la sig./ra _____

si trova in una situazione di impedimento temporaneo a sottoscrivere per ragioni connesse allo stato di salute.

(data)	(timbro dell'ufficio e firma)
--------	-------------------------------

RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**DOMANDA**

Io sottoscritto/a

DELL'ENTE

addetto/a all'ufficio

attesto che:

è stata presentata un domanda per la concessione delle prestazioni economiche previste dalla l.p. 7/1998 da parte del/la Sig./ra _____ costituita da _____ pagine identificate da: _____

PROTOCOLLO ICEF N.**CODICE DI CONTROLLO**

per la quale ha rilasciato delega al Patronato _____ allegata alla domanda.

inoltre, dichiaro

di aver consegnato l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 2264 di data 20/05/2019, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento www.provincia.tn.it/Documenti-e-dati/Modulistica/Domanda-per-la-concessione-dell-assegno-di-cura

(luogo) _____

(data) _____

(timbro dell'ente e firma dell'addetto) _____

Copia della presente domanda è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati ICEF presso Trentino Digitale S.p.A.

Divieto delle "revolving doors" – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

