



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO –BISIGNANO–CERZETO-LATTARICO-LUZZI-ROTA GRECA- SAN BENEDETTO ULLANO -
SAN MARTINO DI FINITA-TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

DETERMINAZIONE DEL COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO

N. 02 DEL 08/01/2025

Copia

OGGETTO: Approvazione Avviso Pubblico per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta rivolta all'utenza residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale che intende usufruire dei servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate nell'Ambito Territoriale n. 3 di Montalto Uffugo. Anno 2025

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Visti:

- la Legge n.328/2000, "Legge Quadro per la Realizzazione del sistema Integrato di interventi Servizi Sociali";
- la Legge Regionale n.23 del 05/12/2003, "Realizzazione del sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali";
- la D.G.R. n.503 del 25/10/2019 "procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socio-assistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità";
- il Regolamento n. 22 del 25 novembre 2019 avente ad oggetto: "Procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità", approvato dalla giunta regionale nella seduta del 25/10/2019 - D.G.R. 503/2019 e pubblicato sul B.U.R.C. parte I n. 131 del 25 novembre 2019;
- la D.G.R. n. 669 del 14 dicembre 2022, pubblicata sul BURC n. 294 del 21 dicembre 2022, con la quale sono state approvate le modifiche al Regolamento n. 22/2019 e all'allegato 1 che sostituisce integralmente l'allegato 1 della DGR 503/2019;
- la D.G.R. n. 735 del 28 dicembre 2022, pubblicata sul BURC n. 14 del 13 gennaio 2023, con la quale è stato confermato quanto disposto con la precedente deliberazione n. 669 del 14 dicembre 2022, con la sola modifica relativa all'importo della franchigia;
- la D.G.R. n. 499 del 26/09/2023 con cui si è stabilito che: tutte le disposizioni di cui all'Allegato 1 (nuovo regime tariffario, modalità di determinazione della compartecipazione, livelli di ISEE) trovano applicazione a decorrere dal **1° gennaio 2024**;
- **Vista** la DG.R. n. 512 del 29/09/2023;
- **Vista** la D.G.R. n. 72 del 04/03/2024 recante " Modifiche alla D.G.R. n. 512 del 29 settembre 2023 e Allegato 1, relativa a modifiche alla D.G.R. n. 503 del 25 ottobre 2019 " Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2020, n.328 e Legge Regionale 26 Novembre 2003, n.23 e ss.mm.ii";
- **Premesso che** il Comune di Montalto Uffugo è Capofila dell'Ambito Territoriale n.3, comprendente i Comuni di MONTALTO UFFUGO –BISIGNANO–CERZETO-LATTARICO-LUZZI-ROTA GRECA- SAN BENEDETTO ULLANO – SAN MARTINO DI FINITA-TORANO CASTELLO;



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO - BISIGNANO - CERZETO - LATTARICO - LUZZI - ROTA GRECA - SAN BENEDETTO ULLANO -
SAN MARTINO DI FINITA - TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

Dato atto che:

- al Comune Capofila spetta il compito di autorizzare l'utente e assumere l'onere della relativa retta per la fruizione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per gli utenti residenti nell'Ambito Territoriale di Montalto Uffugo per cui si intendono i comuni di MONTALTO UFFUGO - BISIGNANO - CERZETO - LATTARICO - LUZZI - ROTA GRECA - SANBENEDETTO ULLANO - SAN MARTINO DI FINITA - TORANO CASTELLO;
- al Comune Capofila spetta inoltre il compito di comunicare agli utenti l'eventuale ammissione a retta e la relativa compartecipazione della stessa;
- per quanto sopra è stato predisposto dall'Ufficio di Piano lo schema del modello di richiesta di inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale socio assistenziale;

Visto lo schema dell'Avviso per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta rivolta all'utenza residente nell'Ambito Territoriale di Montalto Uffugo che intende usufruire dei servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate;

Ritenuto di dover approvare lo schema dell'Avviso (All.A) e il modello di richiesta (All.B) di cui sopra e l'autocertificazione (All. C);

Considerato che verranno rispettate le indicazioni sugli obblighi di pubblicazione, d.lgs.33/2013 (Trasparenza);

Ritenuto dover approvare il già menzionato avviso;

Verificata l'insussistenza di condizioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse in relazione al procedimento de quo, ai fini del rispetto del codice di comportamento adottato con Dpr n. 62/2013 e del codice integrativo approvato con deliberazione della giunta comunale n. 5 del 27 gennaio 2014;

Visto il D. Lgs. 267/2000 e successive modifiche ed integrazioni nonché tutte le altre norme vigenti in materia di ordinamento finanziario e contabile degli Enti Locali;

Vista la Convenzione relativa alle funzioni in forma associata dei servizi socio-assistenziali finanziati con risorse dirette all'Ambito Territoriale n. 3 denominato " Media Valle Crati" sottoscritta, ai sensi dell'art. 30 del D.lgs. n. 267/2000, in data 09.02.2018 dai Comuni del Distretto n. 3 Media Valle del Crati;

Visto il Regolamento di Funzionamento dell'Ufficio di Piano del Distretto n. 3 Media Valle Crati;

Visto il Decreto n. 8 del 31 Agosto 2022 adottato dal Presidente della Conferenza dei Sindaci relativo alla nomina del Coordinatore e RUP dell'Ufficio di Piano del Distretto;

D E T E R M I N A

La narrativa che precede, interamente confermata, forma parte integrante e sostanziale della presente determinazione:

Di approvare lo schema dell'Avviso (ALL.A), il modello di richiesta (ALL.B) e l'autocertificazione (All. C), per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta rivolta all'utenza che intende usufruire dei servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate nell'Ambito Territoriale n.3;

Dare atto che:

- ✓ il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Ida Arabia;
- ✓ il presente provvedimento sarà soggetto agli obblighi di trasparenza di cui all'art. 23 del D.lgs. 33/2013;



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO -BISIGNANO-CERZETO-LATTARICO-LUZZI-ROTA GRECA- SAN BENEDETTO ULLANO -
SAN MARTINO DI FINITA-TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

Da' atto, altresì, che la presente determinazione viene trasmessa al Responsabile dei Servizi Finanziari, ai sensi e per gli effetti dell'art. 151, comma 4 del Testo Unico delle Leggi sull'ordinamento degli Enti Locali approvato con d.lgs. 18 agosto 2000 n. 267;

Di trasmettere copia della presente ai Comuni afferenti all'ambito socio-assistenziale n.3 per la pubblicazione nei rispettivi albi on-line.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott.ssa Ida Arabia

PARERI PREVISTI DAL D.lgs. 18.08.2000, Nr. 267

PER LA REGOLARITA' TECNICA ATTESTANTE LA REGOLARITA' E CORRETTEZZA DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA (art. 147-bis TUEL): Si esprime parere favorevole.
Bisignano, lì 08/01/2025

IL COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO
Dott.ssa Ida Arabia

E' copia conforme all'originale

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs. 82/2005 erispetteve norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO - BISIGNANO - CERZETO - LATTARICO - LUZZI - ROTA GRECA - SAN BENEDETTO ULLANO -
SAN MARTINO DI FINITA - TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

(All. A)

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESA IN CARICO E L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE DELLA RETTA RIVOLTA ALL'UTENZA RESIDENTE IN UNO DEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N.3 CHE INTENDE USUFRUIRE DEI SERVIZI OFFERTI DALLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATE. ANNO 2025.

la Regione Calabria con DGR 503/2019, ha stabilito i requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio assistenziali, le tipologia di utenza capacità ricettiva e le modalità di accesso/dimissioni; con la stessa D.G.R. 503/2019 è stato definito il trasferimento delle competenze da Regione ai Comuni Capofila in materia di presa in carico e ammissione all'integrazione della retta di persone fragili (anziani, disabili e minori) per l'inserimento nelle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate che svolgono attività di Ambito;

VISTI:

- la Legge n.328/2000, "Legge Quadro per la Realizzazione del sistema Integrato di interventi e Servizi Sociali";
- la Legge Regionale n.23 del 05/12/2003, "Realizzazione del sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali";
- la D.G.R. n.503 del 25/10/2019 "procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socio-assistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità";
- il Regolamento n. 22 del 25 novembre 2019 avente ad oggetto: "Procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità", approvato dalla giunta regionale nella seduta del 25/10/2019 - D.G.R. 503/2019 e pubblicato sul B.U.R.C. parte I n. 131 del 25 novembre 2019;
- la D.G.R. n. 669 del 14 dicembre 2022, pubblicata sul BURC n. 294 del 21 dicembre 2022, con la quale sono state approvate le modifiche al Regolamento n. 22/2019 e all'allegato 1 che sostituisce integralmente l'allegato 1 della DGR 503/2019;
- la D.G.R. n. 735 del 28 dicembre 2022, pubblicata sul BURC n. 14 del 13 gennaio 2023, con la quale è stato confermato quanto disposto con la precedente deliberazione n. 669 del 14 dicembre 2022, con la sola modifica relativa all'importo della franchigia;
- la D.G.R. n. 499 del 26/09/2023 con cui si è stabilito che: tutte le disposizioni di cui all'Allegato 1 (nuovo regime tariffario, modalità di determinazione della compartecipazione, livelli di ISEE) trovano applicazione a decorrere dal **1° gennaio 2024**;
- **Vista** la DG.R. n. 512 del 29/09/2023;
- **Vista** la D.G.R. n. 72 del 04/03/2024 recante " Modifiche alla D.G.R. n. 512 del 29 settembre 2023 e Allegato 1, relativa a modifiche alla D.G.R. n. 503 del 25 ottobre 2019 " Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2020, n.328 e Legge Regionale 26 Novembre 2003, n.23 e ss.mm.ii";



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO – BISIGNANO – CERZETO – LATTARICO – LUZZI – ROTA GRECA – SAN BENEDETTO ULLANO –
SAN MARTINO DI FINITA – TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

SI RENDE NOTO

Che è possibile presentare domanda per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta rivolta all'utenza residente nel Distretto socio assistenziale n.3 che intende usufruire dei servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate.

ART.1 — AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI

I requisiti di ammissione per la fruizione dei servizi di cui al presente Avviso Pubblico sono i seguenti:

- Cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea (il cittadino di altri Stati è ammesso soltanto se titolare di regolare permesso di soggiorno);
- Residenza in uno dei Comuni dell'Ambito.

La situazione socio-familiare sarà valutata dall'Ufficio di Piano, che, dopo la presa in carico dell'utente, provvederà al collocamento nella struttura socio assistenziale più idonea nei limiti dell'effettiva disponibilità dei posti accreditati al fine dell'erogazione del contributo.

L'ammissione a retta avverrà nel limite delle disponibilità finanziarie e del fabbisogno territoriale, così come determinato dalle priorità e dalle strategie definite nel Piano di Zona e dalla pianificazione regionale e l'esame delle richieste di ammissione a retta sarà effettuato in ordine cronologico.

ART.2 — MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La richiesta di presa in carico, reperibile presso i Comuni dell'Ambito Territoriale n.3 di Montalto Uffugo, deve essere redatta obbligatoriamente sull'apposito modulo da presentare al Comune di Residenza, il quale provvederà ad inviarlo, completo in tutte le sue parti ed allegati, all'Ufficio di Piano dell'Ambito entro le ore 14.00 del 16/03/2025.

Per eventuali chiarimenti e/o delucidazioni è possibile contattare l'Ufficio di Piano al numero 0984951073. Pec: ambito3strutture@pec.it

Allegati al presente Avviso:

- 1) Modello di domanda;
- 2) Autodichiarazione;

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott.ssa Ida Arabia

Modello B
Al Comune di

**MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA
SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE**

D.G.R. 503/2019 — Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il / / ____
residente in ... prov via..... cap.....
cittadinanza Ambito di Residenza
E-mail..... Telefono
In qualità di
(grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445;

CHIEDE

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali:

Tipologia assistenziale: residenziale semi-residenziale

Preferenza struttura:
(denominazione struttura accreditata)

- PER SÉ STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

Nome..... Cognome... .. Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il / / ____
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza..... Ambito di Residenza
E-mail..... Telefono

Per il seguente motivo:

DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F U

C.F. nato/a a prov..... ii ____ / ____ / ____

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail . .

Telefono..... Professione

Disabilità.....

2.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

3.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono.... .. Professione

Disabilità.....

4.Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

DATI TUTOR (se presente)

Nome..... Cognome..... Sesso M O F
C.F. nato/a a prov..... il / /____
Residente..... Prov..... Via..... Cap.....
Cittadinanza..... E-mail

Telefono.....
Atto di nomina
Numero atto di nomina.....
Data atto di nomina.....

DATI MEDICO DI BASE

Nome..... Cognome.....
C.F. Comune in cui è ubicato lo studio medico.....
Via..... Cap..... Prov.....
E-mail..... Telefono..

DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU

Anno di riferimento ISEE valore ISEE.....

Numero carta d'identità data rilascio c.i. data scadenza c.i.

Comune di rilascio carta d'identità

Persone/Parenti di riferimento:		
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Documentazione da Allegare		
Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante		
Carta d'identità e codice fiscale dell'utente		
DSU E ISEE in corso di validità		
Certificato d'invalidità		
Dichiarazione emolumenti (Allegato 1)		

Luogo e data _____

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento (UE) ri.2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento GDPR).

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Montalto Uffugo in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Socio-Assistenziale n.3 cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc. . .

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO EVIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a

nato/a in

Prov. Il residente a

In Via/C. da n.

In qualità di.....

del/la Sig./ra

consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/200,

che il/la Sig./rapercepisce mensilmente i seguenti trattamenti reddituali:

- Pensione di vecchiaia, importo mensile €..... ;
- Pensione di anzianità, importo mensile €.....;
- Pensione di invalidità, importo mensile €..... ;
- Pensione per ciechi civili, importo mensile €..... ;
- Pensione di reversibilità senza contitolarità con contitolarità per la percentuale del%
importo mensile €.....;
- Pensione di guerra, importo mensile €..... ;
- Pensione di reversibilità per pensione di guerra senza contitolarità con contitolarità per la
percentuale del %, importo mensile €..... ;
- Pensione estera, importo mensile €..... ;
- Vitalizio per, importo mensile €.....;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile
€.....;
- Indennità di frequenza, importo mensile €..... ;

Altro:, importo mensile €..... ;

D I C H I A R A I N O L T R E

Di non aver contratto mutui o cessioni di quote degli emolumenti mensili;

Di aver contratto mutuo cessione quota degli emolumenti a far data dal..... e
nella misura di €..... mensile secondo piano di ammortamento allegato;

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell'interessato.

Pertanto, tali dati saranno trasmessi dall'Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale n. 3 Media Valle del Crati e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

copia documento di identità;

attestato ISEE con relativa dichiarazione unica

Copia ObisM dell'anno in corso; copia cedolini mensili di pagamento;

copia certificazione unica; copia dichiarazione dei redditi;

copia documento che comprova l'accreditamento degli emolumenti.....;

Certificato medico di idoneità;

copia piano di ammortamento mutuo o cessione;

....., lì

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Nome documento Determina n.02 del 08.01.2025 ApprovazioneAvvisoPubblicoAmmissioneRetta_2025.pdf.p7m.p7m

Data di verifica 13/01/2025 10:43:17 UTC

Versione verificatore 8.0.4-RC3

Livello	Tipo	Firmatario	Autorità emittente	Esito	Pagina
1	Firma	 ANGELO BAFFA	ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1	VALIDA	2
2	Firma	 IDA ARABIA	ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1	VALIDA	4
Appendice A					6

ANGELO BAFFA

Esito verifica firma VALIDA

✓ **Firma integra**

La firma è in formato CADES-BES
La firma è integra

✓ **Il certificato è attendibile**

Verifica alla data di sistema: 13/01/2025 12:43:17 GMT+02:00
Data-ora di firma dichiarata dal firmatario: 13/01/2025 11:54:01 GMT+02:00
Validazione certificato eseguita tramite OCSP

✓ **Il certificato ha validità legale**

Certificato Qualificato conforme al Regolamento UE N. 910/2014 - eIDAS
Periodo di conservazione delle informazioni di certificazione: 20 anni
La chiave privata associata al certificato risiede in un dispositivo sicuro conforme al Regolamento (UE) N. 910/2014 (QSCD - Qualified Signature/Seal Creation Device)
PKI Disclosure Statements (PDS): (it) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-it.pdf>
PKI Disclosure Statements (PDS): (en) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-en.pdf>

Dettagli certificato

Soggetto: ANGELO BAFFA

Seriale: 16d2086f19497e99

Nazione: IT

Codice Fiscale: TINIT-BFFNGL85R07D086D

Autorità emittente: CN=ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1,OU=Qualified Trust Service
Provider,OID.2.5.4.97=VATIT-01879020517,O=ArubaPEC S.p.A.,L=Arezzo,C=IT

Utilizzo chiavi: nonRepudiation

Policies: 0.4.0.194112.1.2,1.3.6.1.4.1.29741.1.7.1,CPS URI: <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-cps.pdf>,1.3.76.16.6,

Validità: da 14/09/2023 14:41:00 UTC a 14/09/2026 14:41:00 UTC

La chiave privata associata al certificato risiede in un dispositivo sicuro conforme al Regolamento (UE) N. 910/2014(QSCD - Qualified Signature/Seal Creation Device)

Periodo di conservazione delle informazioni di certificazione: 20 anni

Dichiarazione di Trasparenza:

- (it) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-it.pdf>
- (en) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-en.pdf>

IDA ARABIA

Esito verifica firma VALIDA

✓ Firma integra

La firma è in formato CADES-BES
La firma è integra

✓ Il certificato è attendibile

Verifica alla data di sistema: 13/01/2025 12:43:18 GMT+02:00
Data-ora di firma dichiarata dal firmatario: 09/01/2025 13:38:30 GMT+02:00
Validazione certificato eseguita tramite OCSP

✓ Il certificato ha validità legale

Certificato Qualificato conforme al Regolamento UE N. 910/2014 - eIDAS
Periodo di conservazione delle informazioni di certificazione: 20 anni
La chiave privata associata al certificato risiede in un dispositivo sicuro conforme al Regolamento (UE) N. 910/2014 (QSCD - Qualified Signature/Seal Creation Device)
PKI Disclosure Statements (PDS): (it) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-it.pdf>
PKI Disclosure Statements (PDS): (en) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-en.pdf>

Dettagli certificato

Soggetto: IDA ARABIA

Seriale: 68d9b9ce24b83135

Organizzazione: Comune di Pedivigliano

Nazione: IT

Codice Fiscale: TINIT-RBADIA91E46H490E

Autorità emittente: CN=ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1,OU=Qualified Trust Service
Provider,OID.2.5.4.97=VATIT-01879020517,O=ArubaPEC S.p.A.,L=Arezzo,C=IT

Utilizzo chiavi: nonRepudiation

Policies: 0.4.0.194112.1.2,1.3.6.1.4.1.29741.1.7.2,CPS URI: <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-cps.pdf>,1.3.76.16.6,

Validità: da 03/11/2022 15:31:44 UTC a 03/11/2025 15:31:44 UTC

La chiave privata associata al certificato risiede in un dispositivo sicuro conforme al Regolamento (UE) N. 910/2014(QSCD - Qualified Signature/Seal Creation Device)

Periodo di conservazione delle informazioni di certificazione: 20 anni

Dichiarazione di Trasparenza:

- (it) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-it.pdf>
- (en) <https://www.pec.it/repository/arubapec-qualif-pds-en.pdf>

Appendice A

Certificati delle autorità radice (CA)

ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1

Seriale: 4d4afd13e8ae2789

Organizzazione: ArubaPEC S.p.A.

Nazione: IT

Utilizzo chiavi: keyCertSign | cRLSign

Autorità emittente: CN=ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1,OU=Qualified Trust Service
Provider,OID.2.5.4.97=VATIT-01879020517,O=ArubaPEC S.p.A.,L=Arezzo,C=IT

Validità: da 26/04/2017 06:28:06 UTC a 21/04/2037 06:28:06 UTC