



COMUNE DI ALFANO

Provincia di Salerno

Oggetto: Domanda Assistenza domiciliare anziani OVER 80

DATI ANAGRAFICI ANZIANO

Il Sottoscritto:

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

COMUNE DI RESIDENZA: ALFANO PROVINCIA - SALERNO

INDIRIZZO E N. CIVICO: _____ CAP _____

TELEFONO _____

MEDICO DI BASE _____ TELEFONO _____

PERSONA DI RIFERIMENTO _____

Nel caso di incapacità ad agire del richiedente si segue l'indirizzo del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 art.5 (Dichiarazioni e documenti relativi agli incapaci); pertanto la richiesta formale è inoltrata da:

familiare _____

medico di base _____

vicino/organizzazione di volontariato/altro _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

il ____/____/____, residente a _____ Via _____ N° ____

Avvalendosi delle disposizioni di cui all'art.47, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del precitato D.P.R. n.445/2000, ed a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendaci, saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARA

Che la famiglia dell'anziano richiedente è la seguente:

N.	Cognome	Nome	Data Nascita	Codice Fiscale	Relazione parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

L'anziano si trova in una delle seguenti condizioni:

- Ultraottantenne;
- Anziano non autosufficiente
- Anziano non autosufficiente in via temporanea;
- Anziano autosufficiente;
- Vive solo/a;
- Vive con familiari che, per comprovati impedimenti (età, salute, etc.), non siano in grado di fornire adeguata assistenza;
- Non ha figli, anche non conviventi, in grado di prestare assistenza e/o aiuto economico.

L'anziano rappresenta di aver bisogno:

- un servizio di assistenza domiciliare relativo a piccole incombenze:
- spesa mattutina (acquisto generi alimentari, ritiro farmaci, recarsi presso ambulatori medici ecc.),
- pagamento bollette, piccole commissioni, ecc.;
- un servizio di compagnia per gli anziani che vivono soli e/o bisognevoli, sulla scorta di una specifica valutazione che farà l'assistente sociale.
- attività di informazione e sensibilizzazione sui problemi e sui diritti degli anziani;
- altri tipi di interventi:**
 - centro aggregazione anziani tempo libero
 - laboratori rurali
 - Promuovere e programmare feste (in occasione di Natale, Pasqua etc.)
 - altre esigenze _____

Alfano, li _____

Allegare la seguente documentazione:

- 1) Attestato ISEE in corso di validità;
- 2) Documento di riconoscimento valido dell'eventuale dichiarante e dell'anziano;

FIRMA

Informativa resa ai sensi dell'art. 10 della L. 31.12.96 n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Il Comune di Alfano informa il richiedente la prestazione che i suoi dati personali (anche riferiti a condizioni di salute):

- Saranno raccolti e trattati esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano;
- Che il conferimento di tutti i dati richiesti è obbligatorio;
- Che, in caso di rifiuto di fornire uno o più dati, non potrà essere garantito l'accesso al servizio;
- Che i dati raccolti saranno utilizzati unicamente per il servizio civile;
- Che sono garantiti al richiedente i diritti di cui all'art. 13 della Legge 675/96;
- Che il titolare dei dati è il Comune di Alfano.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il richiedente, previamente informato in merito al trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 11 della Legge 675/96 e successive modifiche, autorizza il Comune di Alfano a raccogliere e trattare i propri dati personali esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano.

FIRMA
