



Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo,1
Tel. 0825 200 410 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it



Al Comune di Avellino
Comune Capofila *Ambito A04*
Ufficio di Piano
P.zza del Popolo
83100 AVELLINO

OGGETTO: DOMANDA DI ATTIVAZIONE del servizio di "**AMBIENT ASSISTED LIVING e TELEASSISTENZA**"

I sottoscritt_____

nat_ a _____ Provincia _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

domiciliat_ a (*indicare solo se diverso dalla residenza*) _____

in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ Telefono _____

• **Indicare il recapito telefonico di almeno un amico, parente, vicino di casa o soccorritore:**

1. Tel. _____ signor/a _____ parentela _____

2. Tel. _____ signor/a _____ parentela _____

3. Tel. _____ signor/a _____ parentela _____

4. Tel. _____ signor/a _____ parentela _____

5. Tel. _____ signor/a _____ parentela _____

• **Indicare il medico di medicina generale che segue il richiedente:**

Medico di medicina generale dott. _____

In _____ (____) C.A.P. _____

Via / Piazza _____, n. _____ Tel _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio "Ambient Assisted Living e Teleassistenza", in ragione del contratto in essere tra il Piano di Zona Ambito Territoriale A04 e l'Associazione di Volontariato Fraternita della Misericordia.

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. D) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, che la persona interessata:

- Vive solo / a;
- Vive in coppia in mancanza di altre persone conviventi;
- Di avere rilevanti problemi di salute, accertati da certificazione medica che si allega;
- Di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri): _____
_____;
- Di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- Di aver fatto richiesta di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;
- Che il valore dell'ISEE per prestazioni socio sanitarie attuale è di €. _____
- Di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE familiare;
- Di essere convivente di persona già utente del servizio Teleassistenza e Telesoccorso o che ne ha chiesto l'attivazione (persona convivente: _____);
- Di essere a conoscenza della regolamentazione comunale relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio. (Fino al 30/06/2016 non è prevista compartecipazione);
- di impegnarsi a fornire ogni notizia utile ai fini del corretto monitoraggio.

Alla presente si allega la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento valido del richiedente / dichiarante;
- attestazione ISEE per l'accesso a prestazioni socio-sanitarie, comprovante il reddito percepito nell'asso solare antecedente la data dell'istanza;
- eventuale certificazione medica.

_____/_____
luogo data

Firma

FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Codice della Privacy (D.Lgs. 196/2003), acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando do avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi riantrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4, comma1, lett. D), in particolare nei dati personali "idonei a rivelare lo stato di salute", al fine di poter usufruire del servizio di telesoccorso/teleassistenza richiesto.

_____/_____
luogo data

Firma