



CITTÀ DI  
FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI  
E GESTIONE DEL PERSONALE

**DOMANDA PER IL "SERVIZIO SOLLIEVO" DI CURA E ASSISTENZA  
IN FAVORE DEI MALATI DI ALZHEIMER E I LORO FAMILIARI**

**DATI ANAGRAFICI:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Sesso **M** **F**

Stato civile \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

**PERSONA REFERENTE DELL'UTENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE DELL'UTENTE:**

1. In grado di autodeterminarsi SI  NO

2. Amministratore di sostegno SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

3. Tutore SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

—

4. Persona che usufruisce di permessi/congedi legati a legge 104/1992 SI  NO

se SI, indicare Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE ECONOMICA:**

ISEE Ordinario o Nucleo Ristretto

pari a € | \_\_\_\_\_ |

**INVALIDITA'**

**L'utente è titolare di:**

Pensione sociale  pari a \_\_\_\_\_

Assegno accompagnamento  pari a \_\_\_\_\_

Pensione Invalidità  pari a \_\_\_\_\_

Pensione Reversibilità  pari a \_\_\_\_\_

Invalidità Civile nella percentuale del \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE ABITATIVA:**

- Affitto
- Alloggio pubblico assegnato
- Usufrutto
- Nuda proprietà
- Proprietà o uso gratuito

se in affitto, canone mensile pari a € \_\_\_\_\_

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Eventuale presenza di patologie di uno o più componenti del nucleo familiare (specificare):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**PARENTELA E VICINATO:**

Parenti disponibili SI  NO

Vicini disponibili SI  NO

**RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI (l'utente usufruisce di):**

1. Assistenza domiciliare erogata dal Comune SI  NO

se SI, specificare quante ore settimanali \_\_\_\_\_

2. Cad SI  NO

3. Servizio disabili adulti Asl SI  NO

4. Dipartimento salute mentale SI  NO

5. Altro SI  NO

se SI, specificare \_\_\_\_\_

**FREQUENZA CENTRI DIURNI:**

SI  NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza \_\_\_\_\_

**FREQUENZA CENTRI RIABILITATIVI:**

SI  NO

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

1. Fotocopia della certificazione medica rilasciata dalla UVA (Unità Valutativa Alzheimer) attestante la patologia di Alzheimer;

2. Eventuale Fotocopia del verbale d'Invalidità civile e/o della Legge 104/1992;

3. Certificazione ISEE in corso di validità;

4. Fotocopia Carta d'Identità del richiedente e del beneficiario;

IL/LA SOTTOSCRITTO/A consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

1. che la persona affetta da ALZHEIMER è residente nel comune di Fiumicino;

2. che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

3. si impegna a comunicare tempestivamente al Comune qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del servizio (trasferimento di residenza, ricovero residenziale in struttura sanitaria o socio sanitaria, decesso etc.);

5. di essere a conoscenza che i soggetti istituzionali (distretto sanitario Comune di Fiumicino), ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;

7. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e dell'art.13 del DLGS 196/03.

Fiumicino, lì Firma

-----

Gentile utente, in osservanza al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), articoli 13 e 14, e successive integrazioni e modificazioni, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali.

- Titolare del trattamento è il Comune di Fiumicino, in persona del legale rappresentante pro- tempore, Piazza Generale Carlo Alberto dalla Chiesa, 78 - 00054 Fiumicino (RM) Centralino 06.65210.245 - C.F. 97086740582, P.IVA 02305601003

PEC: [protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it](mailto:protocollo.generale@pec.comune.fiumicino.rm.it)

- il Responsabile per la protezione dei dati Personali potrà essere contattato all'indirizzo e-mail [dpo@comune.fiumicino.rm.it](mailto:dpo@comune.fiumicino.rm.it)

La presente è un'informativa sintetica, si rimanda al testo completo dell'informativa generale consultabile nel sito *web* di questa Amministrazione, sotto la voce "*privacy*".

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da Lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono.

I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Area – ufficio di competenza o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, e potranno essere comunicati ad altri soggetti nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso.

Il conferimento dei dati è un requisito necessario per poter dare esecuzione ai servizi richiesti e in taluni casi rappresenta un obbligo di legge. La mancata fornitura dei dati richiesti potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti.

Soggetto delegato per il trattamento dei dati è il Dirigente dell'U.O. di competenza.

I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale e Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 presentando un'istanza al Titolare nonché rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo(\*).

(\*) Link alla pagina del Garante contenente indicazioni per proporre reclamo

<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>