CITTÀ DI FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI E
GESTIONE DEL PERSONALE

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

DOMANDA DI SERVIZIO DI ASSISTENZA INDIRETTA AI DISABILI GRAVI

DATI ANAGRAFICI:

Cognome_____ Nome_____

Luoso 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:

l. In grado di autodeterminarsi SI☐ NO☐

2. Amministratore di sostegno SI☐ NO☐

Se sì, indicare Nominativo_____ Telefono_____

3. Tutore SI☐ NO☐

Se sì, indicare Nominativo_____ Telefono_____

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

Se sì, indicare Nominativo_____ Telefono_____

CONDIZIONE ECONOMICA:

Isee del nucleo familiare (ai fini dell'accesso al servizio)

Pari a €

Isee individuale (ai fini dell'eventuale compartecipazione al costo del servizio)

Pari a €

L'utente è titolare di:

Pensione sociale □ pari a_____

Assegno di accompagno □ pari a_____

Pensione di invalidità □ pari a_____

Pensione di reversibilità □ pari a_____

Invalidità civile per

Nella percentuale del_____%

CONDIZIONE ABITATIVA:

Condizione abitativa (di proprietà, in locazione etc.)_____

se in affitto, canone mensile pari a € _____

COMPOSIZIONE NUCELO FAMILIARE:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Età	Professione

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 SI□ NO□
2 Cad SI□ NO□
3. Servizio disabili adulti Asl SI□ NO□
4. Dipartimento salute mentale SI□ NO□
5. Altro

Se sì, specificare_____

FREQUENZA CENTRI DIURNI: SI□ NO□

Se sì, specificare giorni e orari di frequenza_____

FREQUENZA CENTRI RIABILITATIVI: SI□ NO□

Se sì, specificare giorni e orari di frequenza_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. Fotocopia Invalidità civile;
2. Fotocopia Legge104/1992;
3. Isee in corso di validità;
4. Fotocopia Carta d'Identità;
5. Dichiarazione d'impegno a stipulare regolare contratto di lavoro.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni date nel presente prospetto sono conformi al vero.

Il/la sottoscritto/a si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta a segnalare non oltre il 30 giorno dal suo verificarsi, qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente.

II/la sottoscritto/a si impegna ad accettare eventuali visite domiciliari da parte dell'Assistente Sociale del Comune e della Asl di Fiumicino.

Firma del dichiarante

_____

*Fiumicino, lì*_____

_____

*Il/la sottoscritto/a*_____*ha presentato domanda di Servizi alla Persona per il/la sig./ra*_____*in data*_____

Firma del dichiarante

_____

Firma dell'Operatore dell'Ufficio

_____

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 deisuoi 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

- il Responsabile per la protezione dei dati Personali potrà essere contattato all'indirizzo e-mail 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