

AL COMUNE DI _____

**OGGETTO: INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA,
RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER – RICHIESTA DI
ACCESSO.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ C. F. _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE

☐ per se stesso/a;

☐ per il/la sig./ra _____

nato/a a _____ (____) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____
in qualità di _____

di accedere all' **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA**

A TAL FINE DICHIARA

☐ di vivere solo;

☐ di convivere con le seguenti persone:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

- ☐ che nel proprio nucleo familiare è presente l'assistente familiare/badante;
- ☐ di essere iscritto al centro diurno _____;
- ☐ che l'ISEE socio-sanitario ristretto è pari ad € _____;

CHIEDE altresì

l'attivazione dei seguenti interventi (da barrare solo se interessa):

- ☐ **Letti di sollievo**
- ☐ **Caffè Alzheimer**

SI IMPEGNA A

in caso di accoglimento della domanda:

- a sottoscrivere un Piano Individualizzato formulato dal Servizio Sociale del Comune di appartenenza;
- a comunicare per iscritto al Servizio Sociale Professionale ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

ALLEGA

alla presente domanda:

- ☐ copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento di identità anche di quest'ultima;
- ☐ Certificazione sanitaria rilasciata da uno specialista del C.D.C.D. (Centro per Deficit Cognitivo e Demenze) ex UVA (Unità Valutativa Alzheimer) riconosciuto dalla Regione Lazio e corredata dalla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) < 4;
- ☐ ISEE socio-sanitario ristretto;
- ☐ decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o del Tutore qualora l'istanza sia sottoscritta dagli stessi
- ☐ contratto assunzione assistente familiare/badante, se già stipulato;
- ☐ iscrizione al centro diurno, se già in possesso;

DICHIARA

di essere consapevole che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA, altresì:

di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

- Sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente al beneficio richiesto;
- Potranno essere trattati, unitamente ai dati forniti, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito relativo alla presente istanza;
- Potranno, inoltre, essere conservati per un periodo massimo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali.

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 è, in relazione ai trattamenti svolti da ciascun soggetto, come nel seguito sinteticamente descritto, e ciascuno per le rispettive competenze:

- l'Ente presso il quale viene presentata l'istanza, che riceve la domanda e valuta i requisiti soggettivi di ammissione, i cui dati di contatto del rispettivo responsabile della protezione dati sono riportati sul sito istituzionale;
- il Comune di Civitavecchia, quale ente capofila dell'ambito ASL Roma 4, che coordina l'attività dei singoli comuni e provvede all'erogazione dei benefici economici spettanti.

Il dichiarante può richiedere, in qualunque momento all'Ente presso il quale ha presentato la domanda, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento ai sensi del Regolamento UE del 27 aprile 2016, n. 679 e s.m.i nonché, proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi del medesimo Regolamento.

Il rifiuto o l'opposizione al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentiranno di accedere al beneficio richiesto.

Pertanto, preso atto dei diritti a me riconosciuti, consapevole che i trattamenti riguarderanno anche dati sensibili, e che il consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato

AUTORIZZA

il Consorzio "Valle del Tevere", nonché il comune di Civitavecchia al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata Indiretta, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Firma
