

Al Sig. Sindaco

AL Responsabile dei Servizi Sociali

Del Comune di Musile di Piave

OGGETTO: Richiesta di attivazione Servizio Assistenza Domiciliare.

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____, via _____ n. _____ tel. _____

In qualità di _____

chiede l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare in favore di :

(nome e cognome) _____ nato

a _____ il _____

residente in via _____

medico di base _____ tessera sanitaria _____

A sostegno della presente richiesta precisa a riguardo della persona segnalata che i familiari attivi nell'assistenza sono:

N.	Cognome e nome parente civilmente obbligato	Telefono e residenza	Firma

Data ultimo ricovero e motivo del ricovero:

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA:

1. ISEE RISTRETTO DEL BENEFICIARIO
2. CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
3. CARTA D'IDENTITA' DEL BENEFICIARIO
4. TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE
5. TESSERA SANITARIA DEL BENEFICIARIO
6. ULTIMA LETTERA DI DIMISSIONI OSPEDALIERE
7. REFERTI DI VISITE SPECIALISTICHE
8. VERBALE INPS D'INVALIDITA' CIVILE
9. EVENTUALE DECRETO DI NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Specificare tipo di intervento richiesto:

- | | | |
|------------------------|----|----|
| • igiene della persona | SI | NO |
| • pasti | SI | NO |
| • bagno completo | SI | NO |
| • socializzazione | SI | NO |

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della normativa vigente in tema di privacy, dichiarando di essere stato informato della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22 dati sensibili Art. 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti.

DATA

FIRMA