

AL COMUNE DI SANT'OMERO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a Sant'Omero

in Via _____ n. _____ Tel. _____

C H I E D E

l'iscrizione al servizio di Assistenza Domiciliare per

Anziani

Disabili

per le seguenti prestazioni, per n. _____ ore settimanali:

- **Cura, igiene e vestizione della persona**
- **Preparazione, somministrazione pasti**
- **Pulizia, governo e riordino della casa**
- **Svolgimento delle pratiche amministrative**
- **Accompagnamento presso presidi e/o servizi**
- **Effettuazione della spesa**
- **Curare i rapporti con il medico di base e con i servizi sanitari**
- **Interventi finalizzati a rimuovere situazioni di emarginazione e a favorire rapporti sociali**
- **Svolgimento di piccole commissioni**

Patologie presenti: _____

- **Grado d'invalidità _____%; Indennità di accompagnamento** Si No

Data riconoscimento invalidità _____

- **Handicap in situazione di gravità (Legge 104/92)** _____

Medico curante _____

Data	Firma del richiedente o di un familiare
_____	_____

Il/la sottoscritto/a, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 L. 196/03, il cui testo integrale mi è stato fornito unitamente alla summenzionata informativa, autorizza il Comune di Sant'Omero, secondo quanto previsto dagli artt. 23 e 25 L. 196/03, al trattamento dei dati che mi riguardano, per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali, nonché alla loro eventuale comunicazione a terzi. Esprime, altresì, il consenso al trattamento di dati allo stesso riferibili, rientranti tra quelli sensibili in base all'art. 26 L. 196/03, quando ciò sia funzionale all'esecuzione dei servizi e delle operazioni richiesti.

Firma
