

OGGETTO: Servizio di Assistenza Domiciliare

Anno: _____

Cognome e Nome: _____

Nato a _____ il _____

E residente a _____ in via _____

MODULO PER LA RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE – S.A.D.

Il/La Sig./ra _____ nato/a a _____ il ___/___/___
e residente a _____ in Via _____ n. ___
codice fiscale _____ tel. ___/_____
indirizzo mail _____

CHIEDE

L'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare S.A.D.

- Per sé
- Per conto di _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ in
Via/Piazza _____ n. _____
Tel. ___/_____ Codice fiscale _____
Grado di parentela _____ Recapito familiare _____
Medico di Medicina Generale _____

Tipologia di intervento richiesto (modificabile in itinere) _____

Consapevole che il conferimento dei dati sotto riportati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del procedimento / la mancata prosecuzione del rapporto,

DICHIARA

1. Che il nucleo familiare dell'utente SAD è così composto:

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	GRADO PARENTELA	DI	RECAPITO TELEFONICO

2. Che sono presente i seguenti parenti non conviventi tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	GRADO PARENTELA	DI	RECAPITO TELEFONICO

INOLTRE SI IMPEGNA A

- Firmare/far firmare dal beneficiario mensilmente i fogli presenza dell'operatore domiciliare;
- Avvertire tempestivamente l'Ufficio Servizi Sociali nel caso di temporanee assenze dal proprio domicilio durante l'orario stabilito per il SAD;
- Concordare con l'Assistente Sociale eventuali modifiche di orario, giorni o mansioni del/degli operatore/i;
- Segnalare qualsiasi disservizio o problema verificatosi nello svolgimento del servizio;
- Accettare che il Servizio richiesto venga attivato nel momento in cui vi sia la disponibilità di posto nel programma settimanale degli interventi;
- Accettare che il Servizio richiesto possa essere disattivato in qualsiasi momento a causa di emergenze/urgenze individuate dal Comune di Ospedaletto Euganeo.

PRENDE ATTO

- delle tariffe di compartecipazione al S.A.D. stabilite dall'Amministrazione Comunale attualmente vigenti, delle relative informazioni specifiche e delle modalità attuative;

DICHIARA INOLTRE

- che la compartecipazione mensile alla spesa sarà garantita dal sottoscritto richiedente il Servizio, secondo il rendiconto e le modalità che verranno comunicate dall'Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui al Reg. UE n. 679/2016

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità della presente domanda, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" (specificatamente nei "dati personali idonei a rilevare lo stato di salute") e di essere stato informato, ai sensi dell'art.13 del testo unico sulla privacy sopra citato, che I dati personali acquisiti saranno trattati unicamente per le finalità inerenti ai procedimenti di competenza di questa Amministrazione

AUTORIZZA il Comune di Ospedaletto Euganeo ad effettuare tutte le verifiche necessarie (anche presso altri Enti, ecc.) per comprovare la veridicità di quanto dichiarato.

Allegati:

- carta d'identità del richiedente il servizio
- carta d'identità del beneficiario del servizio
- modello ISEE (più favorevole) del beneficiario del servizio
- informativa sulla privacy

Ospedaletto Euganeo, li _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 E ART. 13 DEL REG. UE n. 2016/679 DEL 27 APRILE 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento: Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Pertanto i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa:

Modalità del trattamento: I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

Destinatari dei dati: I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990 n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti: L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso come previsto dall'art. 15 e ss. del Reg. UE n. 2016/679, nonché dall'art. 7 del Codice Privacy. Può proporre reclamo ad un'autorità di controllo qualora ritenesse che i diritti qui indicati non siano stati riconosciuti. Per esercitare i diritti suesposti può rivolgersi al Titolare del trattamento inviando una raccomandata A/R all'indirizzo sotto indicato o una mail all'indirizzo segreteria@comune.ospedalettoeuganeo.pd.it oppure contattando il Responsabile della Protezione dei Dati alla mail reggianiconsulting@pec.brennercom.net

Periodo di conservazione dei dati: I dati personali saranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, in modo completo per tutto il periodo dell'esecuzione della richiesta. Successivamente, i dati saranno conservati per un periodo di dieci anni ai fini di ottemperare agli obblighi di legge e, tra questi, gli obblighi di cui all'art. 2214 C.C. L'eventuale ulteriore conservazione di dati o parte dei dati potrà essere disposta per far valere o difendere i propri diritti in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie.

Titolare del trattamento: Comune di Ospedaletto Euganeo – Piazza S. Pertini, 8 – 35045 Ospedaletto Euganeo (PD)

Responsabile della Protezione dei Dati: Società Reggiani Consulting – Via A. Pacinotti, 13 – 39100 Bolzano (BZ)

Il/la sottoscritta dichiara di avere letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____