

OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____

CHIEDE

A nome proprio Per conto del proprio familiare

sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____

Di poter usufruire del *SERVIZIO di TELESOCORSO e TELECONTROLLO* domiciliare ai sensi della L.R. 4 giugno 1987 n. 26.

a tal fine

DICHIARA

- Di essere a conoscenza delle modalità di erogazione del servizio;
- Di contribuire alle spese di gestione annuali ammontanti a € 31,00 con versamento presso la Tesoreria Comunale, Cassa di Risparmio;
- Di rispettare le modalità di erogazione del servizio di telesoccorso e telecontrollo stabilite nel progetto;
- Di comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni utili ad una corretta gestione del servizio;
- Di risarcire il Comune delle spese eventualmente sostenute in caso di danni alle apparecchiature date in dotazione o smarrimento delle stesse.

Si allega la seguente documentazione:

Allegato 1: Informativa-consenso da parte dell'interessato al trattamento ed alla diffusione dei dati sensibili;
Allegato 2: Modulo compilato dal medico.

Con riferimento a quanto previsto dal D. Lgs. n. 196/2003, recante disposizioni in tema di tutela della privacy, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati, relativi alla situazione familiare, ritenuti necessari per il procedimento.

Sogliano al Rubicone, li _____ **Firma del dichiarante** _____

Se la firma non è apposta in presenza del dipendente addetto della Pubblica Amministrazione, deve essere allegata la fotocopia del documento di identità del sottoscrittore, ai sensi del D.P.R. 445/2000;

=====

Comune di Sogliano al Rubicone
Area Servizi alla Persona

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di addetto a ricevere la presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attesto che la sottoscrizione è stata apposta in mia presenza.

Sogliano al Rubicone, li _____ **L'addetto**
Firma _____

=====

INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs 196/03

I dati contenuti nella presente domanda sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali. Le operazioni di trattamento saranno effettuate con l'ausilio di mezzi informatici e comprenderanno operazioni di registrazione e archiviazione. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. La mancata indicazione di uno/alcuni/tutti gli elementi richiesti potrà essere sanata in seguito. I dati saranno comunicati ad altre Amministrazioni per esclusive ragioni di legge. L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03.

Il trattamento riguarderà anche i dati personali rientranti nel novero dei dati sensibili e verrà effettuato esclusivamente per l'attività istruttoria relativa alla presente istanza nel rispetto degli art. 20 e segg. D.Lgs 196/03.

Il titolare del trattamento è il Comune di Sogliano al R. e responsabile del trattamento il Responsabile dell'Area Servizi alla Persona.

ALLEGATO 1

INFORMATIVA-CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO ED ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Al Sig. Sindaco del Comune
di Sogliano al Rubicone
Piazza della Repubblica, 35

Il/La sottoscritto/a _____ quale utente del servizio di telesoccorso e telecontrollo:

- Presa cognizione della necessità per gli operatori che prestano la propria attività in collegamento con il servizio di telesoccorso e teleassistenza di essere informati circa le proprie condizioni di salute per prestare soccorso e per svolgere l'attività di assistenza;
- Presa cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli che emergono o che potrebbero emergere nel corso delle prestazioni;
- Riconosciute le esigenze funzionali rappresentate dal servizio di telesoccorso e telecontrollo,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003

al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano ai fini strettamente necessari per le attività amministrative, sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione ed alla comunicazione del proprio stato di salute:

- Agli operatori ed alle persone coinvolte negli interventi di emergenza
- Agli operatori ed alle persone coinvolte negli interventi di assistenza
- Ai propri familiari
- Alle persone da avvertire in caso di ricovero
- Al proprio medico di base
- Ad altra persona (indicare quale) _____

Sogliano al Rubicone, li _____

In fede

INDICARE LA PATOLOGIA SANITARIA PREVALENTE

(Da compilarsi a cura del medico di base)

- NEOPLASIE.....
- ICTUS.....
- DEMENZA.....
- TRAUMI E FRATTURE.....
- MALATTIE CARDIOVASCOLARI.....
- INCONTENEZA SFINTERICA.....
- CECITA'.....
- SORDITA'.....
- CECITA' E SORDITA'.....
- CONDIZIONI INVALIDANTI APPARATO LOCOMOTORE.....
- CONDIZIONI INVALIDANTI APPARATO RESPIRATORIO.....
- CONDIZIONI INVALIDANTI APPARATO GENITO URINARIO.....
- CONDIZIONI INVALIDANTI NEUROLOGICHE.....
- SINDROMI PSICHIATRICHE.....
- GRANDE SINILITA'.....

INDICARE LE CONDIZIONI DI DISAGIO SOCIALE PREVALENTE

- SOLITUDINE
- ALLOGGIO NON IDONEO
- DIFFICOLTA' ECONOMICHE
- ASSENZA RISORSE SOCIALI E/O FAMILIARI
- CARICHI FAMILIARI ONEROSI
- ALTRO _____

DI QUALE TIPO DI SERVIZIO POTREBBE AVERE BISOGNO

- ASSISTENZA DOMICILIARE
- TELESOCCORSO
- CONTRIBUTI ECONOMICI
- INTERVENTO DOMICILIARE DI INFERMIERI PROFESSIONALI
- INTERVENTO DOMICILIARE DI FISIOTERAPISTI
- ALTRO: _____

Il Medico

COMUNE DI SOGLIANO AL RUBICONE
SETTORE SERVIZI SOCIALI

Provincia di Forlì-Cesena
Piazza della Repubblica, 35

INDAGINE ANZIANI

BISOGNI SANITARI:

- PATOLOGIE LIEVI
- FREQUENTI RICOVERI OSPEDALIERI
- PATOLOGIE GRAVI

BISOGNI SOCIALI:

- ATTIVO
- VIVE SOLO
- SOCIALMENTE DEBOLE
- NON È AUTOSUFFICIENTE

STATO DELLA RETE SOCIALE

- Può contare sulla famiglia;
- Può contare parzialmente sulla disponibilità della famiglia ovvero dispone di una rete informale (parenti, vicini, volontari, ecc.)
- Famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellati dai servizi;
- Non può contare su nessuno.

FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI

- L'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi, uffici, ecc.);
- L'abitazione è idonea, ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni;
- È impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) all'interno dell'abitazione;
- Totale inadeguatezza dell'abitazione, assenza dei servizi fondamentali.