

Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9



Ufficio destinatario

Ufficio anziani

Domanda di ammissione servizi domiciliari per anziani

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
					Piano
					SNC
					☐
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Soggetto interessato

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
					Piano
					SNC
					☐
					CAP

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

Motivo dell'impedimento

CHIEDE

l'attivazione di

- ☐ servizio assistenza domiciliare
- ☐ servizio consegna pasti a domicilio
- ☐ servizio ausilio 1, consegna spesa a domicilio
- ☐ servizio ausilio 2, consegna farmaci a domicilio
- ☐ telesoccorso e teleassistenza

Costo

- ☐ a totale carico
- ☐ parametrato ISEE

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di aver preso visione della carta dei servizi domiciliari e semi-residenziali dell'unità organizzativa anziani dell'ASP Ambito 9
- ☒ di aver preso visione del Regolamento per l'accesso ai servizi domiciliari e semi-residenziali dell'unità organizzativa anziani dell'ASP Ambito 9
- ☒ di accettare in maniera totale ed incondizionata tutto quanto in essi contenuto
- ☒ di essere a conoscenza del fatto che in caso di eventuale inosservanza, l'ASP Ambito 9 potrà adottare tutti i provvedimenti che riterrà più opportuni, sino alla interruzione del servizio erogato

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di impegnarsi a corrispondere in toto e puntualmente la quota di partecipazione al servizio richiesto, secondo quanto stabilito dall'ASP Ambito 9
- ☒ di impegnarsi a riconsegnare la presente documentazione debitamente compilata e sottoscritta

COMUNICA

- ☐ i seguenti nominativi come propri referenti a cui rivolgersi in caso di necessità

Nome e cognome	Indirizzo	Telefono	Parentela

- ☐ i seguenti dati

Medico di base	Indirizzo ambulatorio	Telefono
Codice fiscale		

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento d'identità del beneficiario
- ☐ copia della certificazione medica per dieta speciale
- ☐ isee anno corrente
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Jesi

Luogo

Data

Il dichiarante