

**AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE DEL
COMUNE DI CALATABIANO**

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI.

Il sottoscritto _____
nat__ a _____ prov. _____ il _____,
residente in Calatabiano in Via _____ n° _____;
Tel. _____.

In riferimento all'avviso pubblicato da codesta Amministrazione Comunale relativo al servizio di
Assistenza Domiciliare Agli Anziani

CHIEDE

di essere ammess__ al servizio di cui sopra.

Si allega alla presente:

- 1) Certificato medico;
- 2) Dichiarazione sostitutiva unica resa ai sensi del D.Lgs. n.109/98 e ss. mm. ed ii., con allegata attestazione I.S.E.E.,
- 3) fotocopia carta d'identità.

INFORMATIVA EX D.LGS. N. 196/03 (PRIVACY) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti.

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, telematici o informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione della Amministrazione presso la quale possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatoria. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso all'istanza da Lei avanzata .

Calatabiano li _____

Firma

Sig.	

SITUAZIONE SANITARIA

VISTA:

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

CONDIZIONE PSICOLOGICA:

Buona	
Mediocre	
Precaria	

UDITO:

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

TERAPIA FARMACOLOGICA:

In forma temporanea	
Non sottoposta a terapia	
In forma continuativa	

DEAMBULAZIONE

Normale	
Parziale	
Impedito	

PRATICA TERAPIA:

Gratuita	
A pagamento	

IL MEDICO CURANTE

data

(timbro e firma)