



Ente Strumentale del Comune di Cortina d'Ampezzo

ASSP Cortina - Azienda Speciale Comunale - Via della Difesa, 12 - 32043 Cortina d'Ampezzo (BL)
Tel. 0436/2544 – Fax 0436876619 – e-mail: asspcortina@pec.it – Sito Istituzionale: www.assp-cortina.it - CF e Partita Iva n. 01198770255

RICHIESTA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Sig. Direttore
ASSP "CORTINA"
Via della Difesa n. 12
32043 CORTINA D'AMPEZZO (BL)

Il/La sottoscritto/a

In qualità di

Chiede per il/la Sig./Sig.ra

nato/a a

il

residente a

in via

stato civile

vive solo/a vive in famiglia n°

tel.

Medico di Base

cod. fiscale

Titolo di abitazione

di poter usufruire delle seguenti prestazioni del Servizio di Assistenza

Domiciliare:

- ☐ igiene e cura della persona
- ☐ aiuto domestico
- ☐ fornitura pasti
- ☐ trasporto
- ☐ altro _____

per i seguenti motivi: _____

CONDIZIONI DI AUTONOMIA E STATO DI SALUTE DELL'UTENTE

(segnalare il grado di difficoltà presente nei seguenti ambiti):

liv. difficoltà	senza difficoltà	media difficoltà	grande
deambulazione	☐	☐	☐
cura dell'alimentazione	☐	☐	☐
cura dell'igiene personale	☐	☐	☐
capacità di relazionarsi con le persone	☐	☐	☐

presenza di altri problemi che compromettono l'autonomia della persona **SI** **NO**

(es.: barriere architettoniche nell'abitazione, problemi di relazione con i familiari, abitazione situata in luogo isolato, altro)

-
- | | | | |
|---|----|----|------------|
| • invalido civile | NO | SI | al _____ % |
| • con diritto all'indennità di accompagnamento | NO | SI | |
| • seguito dal Servizio Disabilità A.Ulss | NO | SI | |
| • seguito da Servizio Infermieristico Domiciliare | NO | SI | |
| • utente del Servizio di Telecontrollo | NO | SI | |
| • beneficiario di impegnativa di cura domiciliare | NO | SI | |

PERSONE DI RIFERIMENTO

grado di parentela	nominativo	indirizzo	nr. di telefono

Il sottoscritto, firmando questa domanda, si impegna a contribuire alla spesa relativa alle prestazioni domiciliari ricevute, nella misura stabilita annualmente dalla Giunta Comunale.

Allega alla presente copia della DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA e ATTESTAZIONE ISEE (DPCM del 5/12/2013 n.159 "Riforma ISEE") valevole per l'anno in corso per la richiesta di prestazioni sociali agevolate, relativa alla situazione economica del destinatario del servizio:

SI **NO** **IN ATTESA DI PRESENTAZIONE**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) n. 679/2016 (GDPR), si informa che i dati personali conferiti mediante il presente modulo saranno trattati da ASSP Cortina, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per la gestione della richiesta di attivazione e dell'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), nonché per l'adempimento dei connessi obblighi di legge. Per informazioni complete sulle modalità di trattamento dei dati personali, sui soggetti destinatari, sui tempi di conservazione e sui diritti riconosciuti agli interessati dagli artt. 15 e ss. del GDPR, è possibile consultare l'Informativa privacy completa del servizio nella sezione "Privacy" del sito web istituzionale del Titolare.

Cortina d'Ampezzo,

firma dell'interessato o del familiare
