

Alla Caritas Diocesana

di Trivento

Oggetto: Progetto "Nella vecchiaia daranno ancora frutti" – domanda di assistenza domiciliare leggera

Il/la sottoscritt _____ cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ il _____, residente a _____

_____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C:F. _____ ISEE _____ referente _____

_____ Tel. _____ In proprio

nella qualità di amministratore di sostegno () familiare () altro () _____

di cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

_____ in via _____ n- _____

domiciliato/a a _____ in Via _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____ ISEE _____

chiede

di essere ammesso/a a usufruire dell' assistenza domiciliare leggera fino al 31.12.2023, salva sua prosecuzione, erogata nell'ambito del progetto sperimentale promosso dalla Caritas Diocesana di Trivento "Nella vecchiaia daranno ancora frutto".

A tal fine dichiara che il nucleo familiare convivente della persona che usufruirà dell'assistenza è composto

cognome	nome	Tipo di rapporto	Data di nascita

Luogo e data _____

firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI E ALLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL PROGETTO

Ai sensi del D. Lgvo 30/06/2003, n. 196 e s.m.i., che prevede la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti. I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti. Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi nel rispetto delle disposizioni contenute nei D. Lgvi 11/05/99 n. 135 e 30/07/99 n. 282 e nel Provvedimento 29/09/99 del Garante per la protezione dei dati personali. Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

GENERALITA'DELL'ASSISTITO

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Domicilio attuale Città _____ Via _____

Telefono _____ REFERENTE Cognome e nome _____

grado di parentela _____ domicilio Città _____ Via _____
_____ telefono _____

Ai sensi del D.L.gvo 30/06/2003, n. 196 e s.i.m. ed acquisite le informazioni di cui alla stessa disposizione normativa, sono a conoscenza che i dati che mi riguardano mi rendono identificabile, sono stato edotto sulla utilizzazione dei dati personali sanitari, autorizzo e consento espressamente, liberamente e consapevolmente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili dalla legge possono costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella presente informativa. Acconsento inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi ex art. 20, e comunque per le finalità relative alla erogazione delle prestazioni richieste.

Luogo e Data _____ Firma paziente o familiare _____