

Al _____
(ogni riga per ciascuna struttura a cui si vuole inviare domanda)

DOMANDA – SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ATS

Presentata da il/la Signor/Signora _____ codice fiscale _____
nato/a _____ () il _____ residente a _____ () CAP
_____ in _____ n. _____, telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ () CAP _____
in (indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____,
telefono _____.

PER

il/la Signor/Signora _____ codice fiscale _____ nato/a
_____ (MC) il _____ residente a _____ (MC) CAP _____
in _____ n. _____, telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ () CAP _____
in (indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____,
telefono _____.

CHIEDE L'ACCESSO PER LE SEGUENTI STRUTTURE:*

Priorità	Tipologia struttura	Struttura	Data presentazione
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

* vedere pagina Sicare allegata

DATI CO-OBBLIGATO SOLIDALE

Cognome:
Nome:
Comune di residenza:
Via di residenza:
Titolo di referenza:
Recapito telefonico:
Recapito mail:

ALTRI DATI

Accettazione dell'utente: (da parte della struttura)

- SI
- NO

Comune di residenza anziano/a:

Stato civile:

- CONIUGATO/A
- CONVIVENTE
- DIVORZIATO/A
- VEDOVO/A
- CELIBE/NUBILE

CONDIZIONI SOCIO-FAMILIARI DELL'ANZIANO/A

Vive da solo:

- SI
- NO

Ha figli o altri parenti che possono prendersene cura:

- SI
- NO

Presenza di badante o assistente:

- SI
- NO

Presenza di persone non autosufficienti nello stesso nucleo familiare:

- SI
- NO

Altre informazioni in merito alle condizioni di vita: _____

CONDIZIONE ABITATIVA DELL'ANZIANO/A

Presenza ascensore:

- SI
- NO

Presenza di scale interne:

- SI
- NO

Possibilità di deambulare con girello o carrozzina:

- SI
- NO

Abitazione in zona urbana:

- SI
- NO

Altre barriere architettoniche:

SI (specificare quali _____)

NO

Altre informazioni in merito alle condizioni abitative: _____

ALTRI REQUISITI

E' pervenuta segnalazione da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Residenza?

SI

NO

E' pervenuta segnalazione da parte dell'ASUR di competenza?

SI

NO

Lì _____

IL DICHIARANTE (firma leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL REG. UE N° 679/2016

Il Comune di Macerata, ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 15, (con sede in Macerata, Piazza della Libertà, 3; IT-62100, Macerata (Email: municipio@comune.macerata.it; PEC: comune.macerata@legalmail.it; Tel. centralino +39 0733.2561), in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche tramite inserimento nella piattaforma telematica denominata "Sicare", per le finalità previste dalla legge, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Il conferimento dei dati presenti è obbligatorio per l'esecuzione del servizio in oggetto e il loro mancato inserimento non consente di completare l'istanza/comunicazione al titolare.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati da:

- personale e collaboratori dei soggetti contitolari per la gestione e acquisizione delle domande d'accesso tramite piattaforma telematica denominata "Sicare": i nove Comuni dell'ATS 15 (Appignano, Corridonia, Macerata, Mogliano, Montecassiano, Petriolo, Pollenza, Treia, Urbisaglia) e tutte le strutture semiresidenziali e residenziali per anziani comprese nel territorio dell'ATS 15;
- eventuali soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento;
- altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamento.

Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del RGPD).

L'apposita istanza al titolare è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il titolare Comune di Macerata, in qualità di ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 15 (Responsabile della Protezione dei dati personali, Piazza della Libertà, 3, IT -62100, Macerata, email: rpd@comune.macerata.it).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

Firma

E' possibile allegare alla domanda la seguente documentazione:

- copia di un valido documento d'identità del richiedente;
- copia nomina amministratore di sostegno o tutore;
- tessera sanitaria del richiedente;
- copia documento d'identità in corso di validità del co-obbligato solidale;
- copia del riconoscimento delle pensioni erogate dall'INPS;
- certificato medico di base redatto sul modello domanda di ammissione.