

**Oggetto: Richiesta di assistenza per anziani/diversamente abili**

anziano  diversamente abile

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria condizione di bisogno socio/sanitario;  la condizione di bisogno socio/sanitario del mio congiunto:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)  si  no

parente che usufruisce della Legge 104/92: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

il mio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima;  
 il medico curante dell'utente è il Dott. \_\_\_\_\_ telefono ambulatorio \_\_\_\_\_  
 l'utente è già in carico ai servizi Socio/Assistenziali/Sanitari pubblici per i seguenti interventi:

	Tipologia servizio	Si	No	Da quando	Ore settimanali
A	Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B	Cure domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C	Assegno di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D	Casa di riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E	Comunità alloggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F	Appartamenti protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G	Centro diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
H	Casa protetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I	Residenza sanitaria assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
L	Pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M	Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
N	Assistenza economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
O	Trasporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## RICHIEDE

In nome e per conto mio o del mio congiunto chiedo, pertanto:

- 1) la valutazione della situazione sanitario e sociale;
- 2) l'inserimento, in via prioritaria nel sotto indicato Servizio:

Tipologia servizio	Si	No
Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sono informato che i componenti del Nucleo di Valutazione sono tenuti a comunicare all'interessato il motivo della valutazione;

**Si allegano:**

- certificato del medico curante
- dichiarazione sostitutiva unica ai sensi del D.Lgs. 109/98 come modificato dal D.Lgs 130/00 ISEE.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

---

**N.B.** Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@pec.comune.tivoli.rm.it)

**CERTIFICAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE (A CURA DEL MEDICO CURANTE)**

Utente  anziano  diversamente abile

Il Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliato presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Patologie sanitarie di rilievo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Medico curante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

<p><b>GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non presenti <input type="checkbox"/> In via di guarigione <input type="checkbox"/> Croniche <input type="checkbox"/> Degenerative</p> <p><b>IGIENE PERSONALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p><b>VESTIZIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p>	<p><b>ALIMENTAZIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p><b>MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p><b>ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non orientato <input type="checkbox"/> Parzialmente orientato <input type="checkbox"/> Ben orientato</p>
---	--

Luogo e Data

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_