

Ente di assistenza sociale :

Indirizzo:

DOMANDA DI ATTIVAZIONE O DI TRASFERIMENTO DEL SERVIZIO DI GUIDA ED ASSISTENZA, DI IMPIEGO A CONDIZIONI SPECIALI

Attivazione

Trasferimento

FRUITORE

1. NOME E COGNOME: _____

2. Codice Anagrafico Unitario del Cittadino:

3. RESIDENTE IN: Via/Piazza _____

Località: _____ Comune: _____ C.A.P.:

4. Numero di telefono/GSM:

5. Fruisce di assicurazione medica facoltativa: SÌ NO

TUTORE LEGALE O DELEGATO

(Il **tutore legale** è colui che tale è determinato dalla legge o da atto dell'organo competente su base legislativa; **Delegato** è colui che il fruitore delega a rappresentarlo nell'iter di concessione, trasferimento o abbandono dell'ente)

6. NOME E COGNOME: _____

7. RESIDENTE IN: Via/Piazza _____

Località: _____ Comune: _____ C.A.P.:

8. Numero di telefono/GSM:

PERSONA DI CONTATTO

(Compilare solo se la persona di contatto è diversa dal tutore legale o dal delegato)

9. NOME E COGNOME: _____

10. Via/Piazza _____ Località: _____ C.A.P.:

11. Numero di telefono/GSM:

12. TIPOLOGIA E QUANTITÀ DI ASSISTENZA NECESSARIA NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE E NELLA CURA PERSONALE (indicare il quadrato appropriato)

| Per | sono autonomo | necessito di aiuto | | note |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| | | qualche volta | sempre | |
| vestirmi e spogliarmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| calzare e togliere le scarpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| lavarmi, fare il bagno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| l'alimentazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| defecare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

13. CHIEDO DI TRASMETTERE LA DOMANDA ANCHE AI SEGUENTI PRESTATORI:

Il richiedente deve allegare la seguente documentazione:

1. **parere medico sullo stato di salute, rilasciato al massimo un mese prima della presentazione della domanda, se non si evince dalla documentazione di cui all'ultimo punto,**
2. *** dichiarazione del pagamento della parte rimanente dei servizi da parte di terzi,**
3. **delibera dell'organo competente o parere esperto della commissione competente, rilasciata nell'iter di riconoscimento del diritto secondo altre normative (nel caso di domanda per concessione o trasferimento in ente speciale di assistenza sociale, ente di assistenza sociale combinata, centro di assistenza sul lavoro o ente per la riabilitazione),**
4. ****delega o delibera di nomina del tutore legale.**

L'organo titolare dell'iter acquisisce d'ufficio i dati e la documentazione dai registri pubblici per i quali ha la competenza ex legislazione che regola l'assistenza sociale.

In conformità con la Legge sulla privacy, consento che i dati personali nella domanda siano inoltrati all'ente erogatore indicato al punto 13 della presente domanda e che siano trattati nell'iter di riconoscimento del diritto all'assistenza istituzionale.

Lì _____, il: _____

Firma fruitore _____
(tutore legale o delegato)

o

Firma richiedente _____
(se la domanda non è presentata dal fruitore)

- relazione col fruitore _____
- residente in _____