



Al Comune di \_\_\_\_\_

## ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 5940/2016

Il sottoscritto

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE (Grado di parentela) \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del Sig. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Persona da contattare \_\_\_\_\_

(Nome, cognome, grado di parentela, recapito telefonico)

### CHIEDE

Di essere sottoposto a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR  
5940/2016 MISURA B2



## Distretto di Lecco

### DICHIARA

**di aver presentato istanza di valutazione nell'anno 2016 e di aver usufruito delle prestazioni e/o interventi di cui alla DGR 4249/2015**

**di aver attualmente ancora in corso interventi finanziati con risorse della DGR 4249/2015**

**di aver presentato istanza di valutazione per la misura B1 di cui alla DGR 5940/2016**

### DICHIARA

- Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)  
Ente erogatore \_\_\_\_\_  
\* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_  
\* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_  
\* operatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_  
*\*indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)*
- Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di \_\_\_\_\_  
N. accessi settimanali \_\_\_\_\_  
Assistente Sociale di riferimento \_\_\_\_\_  
(cognome, nome e recapito telefonico)
- Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:  
CDD            CSE            SFA            CDI            altro \_\_\_\_\_
- L'assistenza è garantita da:  
  
familiare \_\_\_\_\_ n. ore giornaliere \_\_\_\_\_  
(cognome, nome e rapporto di parentela)  
  
non familiare:            assistente personale tempo pieno  
  
   assistente personale tempo parziale: ore giornaliere \_\_\_\_\_

### DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

---



### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

---

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DA PARTE DEL BENEFICIARIO RICHIEDENTE (se non già presentata nel 2016 e non vi sono state modifiche)

- Documento d'Identità dell'assistito
- Tessera Sanitaria dell'assistito
- Verbale di invalidità
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra (all.2 del piano operativo)
- Eventuale altra documentazione sanitaria
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale

### ALTRA DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE A CURA DEL BENEFICIARIO/RICHIEDENTE

- Certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'Art.3 Comma 3 L.104/92. Nelle more della definizione del processo di accertamento, l'istanza può essere comunque presentata.
- Certificazione ISEE in vigore

### DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DA ALLEGARE A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DI BASE

- Scheda sociale (All.5 del Piano Operativo)
- Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4 del piano operativo)