Amministrazione destinataria

Regione Friuli Venezia Giulia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di accesso al servizio di teleassistenza domiciliare

Ai sensi della Legge regionale 26/07/1996, n. 26

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Stato civile

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

residente in

Residenza

- ◯ appartamento
  - **Piano**
  - **Ascensore**
    - ◯ si
    - ◯ no
- ◯ casa indipendente

rete informale disponibile (*convivente, care giver, familiari, amici, altri)

(l'utente si impegna ad informare i soggetti della rete che saranno allertati in caso di necessità)

Cognome	Nome	Convivente (sì/no)	Indirizzo - Comune	Telefono/Cellulare	Grado di parentela (*)	Chiavi (sì/no)	Aiuto/assist (**)

Aiuto/assistenza prestata (*): 1 = costante, 2 = occasionale, 3 = nessuna

medico di medicina generale

Cognome	Nome	Telefono ambulatorio	E-mail

CHIEDE

ai sensi della Legge regionale 26/07/1996, n. 26 di poter usufruire del servizio di teleassistenza domiciliare Regionale "SICURI A CASA".

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ 1A) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio

- ○ età superiore ai 65 anni
- ○ adulto con disabilità psico-fisica
- ○ coppia "fragile" over 75

☑ 1B) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio

- ○ vivo solo
- ○ vivo solo frazioni di giornate (mattina, pomeriggio, notte)
- ○ vivo in progetti di abitare inclusivo, vita indipendente, in assenza di operatori o care giver sulle 24 ore

☑ 2) di essere nelle condizioni di fragilità socio-sanitaria e sociale prioritarie (P) sotto indicate
(livello di autosufficenza nelle attività di vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, muoversi)

- ○ autonomo (non ho bisogno di aiuto)
- ○ parziale (ho bisogno di essere in parte aiutato) (P)
- ○ dipendente (ho bisogno di essere aiutato in tutto) (P)

☑ 3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale

- ○ assunzione di cinque o più diversi farmaci al giorno (P)
- ○ uno o più ricoveri ospedalieri o RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- ○ difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- ○ la maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

SI IMPEGNA

☑ a comunicare all'ente gestore aventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (ad esempio cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, ecc.)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante