

Al Servizio Sociale
del Comune di

M E N T A N A

OGGETTO: richiesta ammissione centro diurno anziani fragili.

Il/La sottoscritt _____, nato/a il _____

a _____, residente in Mentana, Via _____

n° _____, telefono _____, Cod. Fisc. _____

in qualità di: () diretto interessato - () coniuge - () fratello - () altro _____

CHIEDE UN COLLOQUIO PER L'AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO ANZIANI FRAGILI

per il sottoscritto medesimo;

per il/la Sig. _____, nato/a il _____

a _____ e residente in Via _____,

n° _____, telefono _____, Cod. Fisc. _____

dichiara a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 38 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle conseguenze anche penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R.

di vivere solo

che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	RELAZ. PARENTELA

che la persona per cui si chiede l'attivazione del Servizio attualmente si trova:

1. presso la propria residenza o domicilio abituale (come indicato sopra)
2. ricoverato presso _____
3. in ospitalità temporanea presso _____
4. altro _____

che il medico curante è il Dott. _____

informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 20 Giugno 2003 n° 196

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente, relativa ad un'attività di rilevante interesse pubblico, tra quelle elencate al Capo IV del citato D. Lgs.vo 196/2003, e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente. Prendo atto, infine, che il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio destinatario dei dati in oggetto, che il titolare è il Comune di Mentana, e sono consapevole di poter esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dall'art. 7 del citato Decreto Legislativo 196/2003.

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento e copia del certificato medico che attesta lo stato di autosufficienza con specifica di eventuali terapie farmacologiche e/o copia certificato invalidità civile.

Mentana, li _____

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE
