



CITTA' DI LICATA



COMUNE DI PALMA DI MONTECHIARO

**Al Sig. Sindaco
Comune di Palma di Montechiaro
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE**

Istanza per l'accesso agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare. D.A. n. 3779 del 29/12./2015

Il / la sottoscritto /a, nato /a a

..... il e residente in

..... via /piazza n. c.a.p. _____ Agrigento,

tel.e/o cell..... codice fiscale:

in qualità di :

- familiare (specificare _____)
- tutore
- Amministratore di sostegno
- altro (specificare _____)

CHIEDE

di aderire al Programma Attuativo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare - approvato con D.A. n. 3779 del 29.12./2015

In nome di :

Cognome _____ Nome _____ nato a _____

_____ prov. _____ il _____ e residente a _____

_____ in via _____ n. _____

tel./cell. _____ appartenente ad una delle seguenti categorie :

PAZIENTE che presenta bisogni con un elevato livello di complessità, in condizioni di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile, specificatamente:

Paziente in stato vegetativo o coma o "locked - in sindrome";

- Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina;
- Paziente con demenza terminale che richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.
- Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
- Paziente con necessità di ventilazione meccanica invasiva ;
- Paziente affetto da malattia organica cronica, irreversibile associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.

La condizione di disabilità gravissima sarà valutata dall'Unità Valutativa Multidimensionale Socio-Sanitaria del Distretto Sanitario Di Base

Allega alla presente istanza:

- Certificazione medica attestante la condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico-degenerative non reversibili;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della Legge n. 104 del 28 febbraio 1992 o certificato di non autosufficienza (SVAMA) nei casi di non autosufficienza recente;
- valido documento d'identità del presentatore dell'istanza.

Data la natura dell'intervento, il beneficio presuppone l'esistenza in vita del soggetto in favore del quale è concesso il beneficio e, pertanto, decade alla data di decesso del beneficiario.

Data Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento d'identità.

DICHIARA

1. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
2. il conferimento dei dati è sempre obbligatorio: non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'ufficio ricevente possa rispondere alle richieste;
3. i dati possono essere comunicati a tutti i soggetti che, secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli, nonché ai soggetti che sono titolari del diritto di accesso;
4. i dati possono essere conosciuti dal responsabile o dagli incaricati del responsabile;
5. l'interessato può esercitare i seguenti diritti previsti dall'art. 7 del Dlgs. 196/03:
 - a) richiedere la conferma o meno dell'esistenza di dati che lo riguardano;
 - b) ottenere la loro comunicazione in forma digitale;
 - c) richiesta di conoscere l'originale dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
 - e) aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
 - f) opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

Data _____

Firma del richiedente _____