

**Al Dirigente dei Servizi Sociali
del Comune di TEMPIO PAUSANIA**

PROGRAMMA SPERIMENTALE RITORNARE A CASA

DOMANDA DI ACCESSO

Il/la sottoscritt_ _____

Nat_ _____ il _____

Residente in _____ Via _____ tel _____

Chiede

Per il proprio familiare, grado di parentela _____:

Nome _____ Cognome _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Tel _____

Nome e Cognome Medico Medicina Generale _____

Ricoverato/a presso la struttura _____

con sede in _____ dal _____ al _____

di poter accedere al Programma sperimentale "Ritornare a casa", predisposto dall'Assessorato regionale Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi della L.R. n°4 del 11/5/2006.

A tale fine allega alla presente:

- certificazioni mediche in busta chiusa redatta dal Medico Specialista di riferimento, MMG, pediatra di libera scelta o;
- certificazione ISEE
- altro _____

In Fede

Informativa resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del G.D.P.R. 2016/679
(General Data Protection Regulation)

• Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016 del 27/04/2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

- a. sono forniti per la predisposizione del progetto "Ritornare a casa", ai sensi della L.R. n. 4 del 2006;
- b. potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla istanza per la predisposizione del progetto "Ritornare a casa", ai sensi della L.R. n. 4 del 2006;
- c. potranno, inoltre, essere conservati per un periodo di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, ("principio di limitazione della conservazione", art.5, del Regolamento UE) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge.

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016, è, in relazione ai Trattamenti svolti da ciascun soggetto, il comune di Tempio Pausania con sede a Tempio Pausania in Piazza Gallura n. 3 - 07029, Tempio Pausania (SS) +39079 679999, email protocollo@pec.comune.tempiopausania.ot.it, presso il quale viene presentata l'istanza, che riceve la domanda e ne valuta la regolarità, i cui dati di contatto del rispettivo responsabile della protezione dati sono riportati sul sito istituzionale (www.comune.tempiopausania.ot.it).

Il Titolare garantisce che i dati non vengono trasferiti a paesi terzi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

Il Titolare garantisce inoltre che i dati relativi al presente processo di trattamento non sono destinati a terzi o oggetto di comunicazione o diffusione, salvo che disposizioni di legge o di regolamento dispongano diversamente.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati / Data Protection Officer (DPO) del Comune di Tempio Pausania è dpo@sgt10.it

Il dichiarante può richiedere, in qualunque momento all'Ente l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento ai sensi del Regolamento UE del 27/04/2016, n. 679 e s.m.i., nonché proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi del medesimo Regolamento.

Il rifiuto o l'opposizione al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà la predisposizione del progetto "Ritornare a casa", ai sensi della L.R. n. 4 del 2006.

Firma



RICHIESTA PER PROGETTO RITORNARE A CASA

Il Progetto è rivolto esclusivamente a persone con situazioni che necessitano di un livello assistenziale molto elevato.

Si certifica che il paziente:

Sig.re/ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () in via _____

Tel. persona di riferimento _____

Domiciliato c/o Sig.re/ra _____ grado di parentela _____

Residente a _____ () in via _____

Tel. persona di riferimento _____

Si trova nella seguente condizione e/o è affetto/a da (come da riferimento L.R. n. 4/2006 e successive delibere.):

con patologie non reversibili (degenerativa e non degenerative con altissimo grado di disabilità),
indicare le patologie in atto;

gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h o coma, **indicare le patologie in atto** _____

che a seguito di una malattia neoplastica si trova nella fase terminale, clinicamente documentabile della sua vita, **indicare le patologie in atto** _____

in grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs (Clinecal Dementia Rating scale) con punteggio 5, **indicare le patologie in atto** _____

dimesso da struttura a carattere sociale e/o sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;

con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS a 14 item) con indice di severità uguale o maggiore di 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5, **indicare le patologie in atto**

Si rilascia il seguente certificato ai fini del progetto "Ritornare a Casa".

Data _____

Timbro e Firma del Medico Specialista o del MMG
