



Al Sig. Sindaco
Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius (SU)

ISTANZA DI VARIAZIONE AL SERVIZIO ASSOCIATO DI ASSISTENZA DOMICILIARE – AMBITO PLUS SARRABUS GERREI.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in SILIUS (SU) in via _____ n. _____ cap. _____
telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

- per sé medesimo
 per il proprio familiare / persona sottoposta a tutela

Cognome e nome _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in SILIUS (SU) in via _____ n. _____ cap. _____
telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

Chiede la variazione del Servizio associato di Assistenza domiciliare come di seguito specificato

| ORARIO ATTUALE | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore |
|-----------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Lunedì | | | | | | | | | | | | |
| Martedì | | | | | | | | | | | | |
| Mercoledì | | | | | | | | | | | | |
| Giovedì | | | | | | | | | | | | |
| Venerdì | | | | | | | | | | | | |
| Sabato | | | | | | | | | | | | |
| Domenica | | | | | | | | | | | | |

| VARIAZIONE RICHIESTA | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore |
|-----------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Lunedì | | | | | | | | | | | | |
| Martedì | | | | | | | | | | | | |
| Mercoledì | | | | | | | | | | | | |
| Giovedì | | | | | | | | | | | | |
| Venerdì | | | | | | | | | | | | |
| Sabato | | | | | | | | | | | | |
| Domenica | | | | | | | | | | | | |

Indicare il periodo: dal _____ al _____
(Da comunicare almeno 7 giorni prima, se non trattasi di emergenza)

Indicare le prestazioni ritenute necessarie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igiene della persona | <input type="checkbox"/> Igiene e cura degli spazi abitativi vitali |
| <input type="checkbox"/> Sostegno deambulatorio | <input type="checkbox"/> Rifacimento letto/cambio della biancheria |
| <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali | <input type="checkbox"/> Acquisto generi prima necessità |
| <input type="checkbox"/> Preparazione e somministrazione pasti | <input type="checkbox"/> Segretariato sociale e accesso rete servizi |
| <input type="checkbox"/> Interventi di socializzazione e di supporto relazionale | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento presso servizi sanitari | <input type="checkbox"/> Interventi utenti ospedalizzati |

Indicare le motivazioni per cui si chiede la variazione:

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- 2) di essere informato del fatto che, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/03, i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;
- 3) di essere informato del fatto che la presente richiesta verrà valutata e accolta nei limiti della disponibilità oraria del servizio, sentito il coordinatore del servizio medesimo;

Allega:

- 1) fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario dell'intervento e di chi presenta l'istanza (se persona diversa dal destinatario);
- 2) altro (specificare) _____.

Silius, li _____

IL RICHIEDENTE
