

SPETT.LE AMMINISTRAZIONE  
COMUNALE  
Comune di Toscolano Maderno  
Via Trento n. 5  
25088 Toscolano Maderno

Oggetto: Richiesta del "Servizio di assistenza domiciliare"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
Medico di base da cui è assistito \_\_\_\_\_  
Parenti di riferimento \_\_\_\_\_

Trovandosi in condizione di disagio

CHIEDE

Che venga attivato il servizio di assistenza domiciliare.

Si allega alla presente dichiarazione ISEE e scheda sanitaria.

Firma \_\_\_\_\_

Toscolano Maderno li \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":** i dati indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce.

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa**  
**(art. 13 del Regolamento 2016/679/UE)**

**Titolare del trattamento**

Comune di Toscolano Maderno, via Trento 5, tel. 0365546011.

Il Comune ha nominato il proprio Responsabile della protezione dei dati che si può contattare via mail a [rpd@comune.toscolanomaderno.bs.it](mailto:rpd@comune.toscolanomaderno.bs.it).

**Finalità e base giuridica del trattamento**

I dati, anche di natura particolare, raccolti sono trattati al solo scopo di valutare i requisiti per accedere al servizio e di erogarlo. Il trattamento è svolto per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico.

**Durata della conservazione**

I dati raccolti sono conservati per il tempo legalmente necessario dall'ultima richiesta di servizio.

**Destinatari dei dati**

I dati identificativi con l'indicazione del servizio richiesto sono conservati dall'Ufficio servizi sociali.

I dati sono comunicati a soggetti pubblici o privati solo se previsti dalla legge.

I terzi che effettuano trattamenti sui dati personali per conto del Comune, ad esempio per erogare i servizi richiesti, sono Responsabili del trattamento e si attengono a specifiche istruzioni. I terzi che effettuano trattamenti sui dati personali per conto del Comune, ad esempio per i servizi di assistenza informatica, sono Responsabili del trattamento e si attengono a specifiche istruzioni.

**Diritti dell'interessato**

L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento. In alcuni casi, ha, inoltre, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali. Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo [rpd@comune.toscolanomaderno.bs.it](mailto:rpd@comune.toscolanomaderno.bs.it).

L'interessato ha, infine, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali



COMUNE DI  
TOSCOLANO MADERNO  
PROVINCIA DI BRESCIA

## SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE SCHEDE SANITARIA

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_

Stato di famiglia attuale:

con coniuge

solo

con familiare

Familiari di riferimento \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

### STATO DI SALUTE ATTUALE:

Apparato neurosensoriale e condizione psichiche:

lucidità

persistente disorientamento

pz. collaborante

pz. aggressivo

fasi di confusione e disorientamento

fasi di agitazione psicomotoria

pz. non collaborante

pz. non aggressivo

Altro \_\_\_\_\_

Apparato cardiovascolare: \_\_\_\_\_

Apparato respiratorio: \_\_\_\_\_

Apparato digerente: \_\_\_\_\_

NECESSITA' ASSISTENZIALI:

incontinenza	<input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> doppia	<input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> catetere	<input type="checkbox"/> abituale
deambulazione	<input type="checkbox"/> da solo/a <input type="checkbox"/> allettato	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto <input type="checkbox"/> carrozzella	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
igiene personale	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
alimentazione	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
sommin. terapia	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
si alza dal letto	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
uso W.C.	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> piccolo aiuto	<input type="checkbox"/> totale dipendenza
decubiti	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> iniziali	<input type="checkbox"/> gravi

NECESSITA' D'INTERVENTI INFERMIERISTICI:

Assume alcolici: \_\_\_\_\_

Fuma: \_\_\_\_\_

Affetto da malattie infettive:  si  no

Note: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico di Base

**TUTELA DEI DATI PERSONALI**

I dati riportati nella presente/unita modulistica sono prescritti – ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"- ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Il trattamento degli stessi, in attuazione dell'art. 7, del citato Decreto, sarà improntato ai principi di correttezza, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.