

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI POSTO
LETTO PRESSO LA STRUTTURA PER ANZIANI "GLI OLMI" DI PARODI LIGURE

- Domanda firmata dal richiedente o da avente titolo.
- Certificato medico in carta libera (su stampato predisposto)
- Dichiarazione dell'ospite riguardante i beni posseduti e impegno al pagamento della retta.
- Dichiarazione di impegno al pagamento delle rette (fatta da un parente o equiparato)
- Fotocopia dei documenti d'identità, dell'ospite e di chi ha firmato le eventuali dichiarazioni
- Fotocopia tesserino sanitario
- Fotocopia ultima dichiarazione dei redditi dell'ospite e dei dichiaranti che si impegnano al pagamento della retta
- Fotocopia eventuali verbali o invalidità
- Qualora la retta fosse a carico di enti o istituti deve essere documentato l'impegno al pagamento delle rette da parte dell'ente, istituto o associazione.

Importo retta mensile dal 01/01/2019

NON AUTOSUFFICIENTI : € 1.932,11

PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI : € 1.717,39

AUTOSUFFICIENTI : € 1.431,15

al Sig. SINDACO
del Comune di Parodi Ligure
P.zza Municipio 5
15060 PARODI LIGURE (AL)

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONCESSIONE CAMERA NELLA R.A. "GLI OLMI" DEL
COMUNE DI PARODI LIGURE.**

⇒ Il sottoscritto¹ _____,
nato a _____ Prov. di _____ il _____,
residente a _____, in via _____ n. _____, telefono n. _____
C.F. _____
in nome e per conto di²:

⇒ chiede la **CONCESSIONE** di numero **un posto in camera** _____ (indicare se: **singola, doppia, tripla**), nella Residenza Assistenziale comunale per anziani autosufficienti (R.A.) di Parodi Ligure.

⇒ Nel caso di **NON DISPONIBILITÀ**, per quanto richiesto, **INDICA LE SEGUENTI OPZIONI IN SUBORDINE**, e nell'ordine di ulteriore preferenza³:

- 2) numero un posto in camera _____ (indicare se: **singola, doppia, tripla**),
3) numero un posto in camera _____ (indicare se: **singola, doppia, tripla**),

⇒ **PRECISA LA QUALITÀ PERSONALE DEL CONCESSIONARIO**, ai fini dell'applicabilità dell'eventuale titolo di preferenza, di cui al bando/avviso pubblico ed all'art. 9 comma 6 lett. a) del Regolamento della R.A., riconoscendo che tali criteri hanno uguale valore e sono alternativi, nel senso che non possono essere cumulati (**BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA**):

persona nata nell'attuale ambito territoriale del Comune di Parodi Ligure

persona residente nel Comune di Parodi Ligure da almeno cinque anni alla data della richiesta;

nessun titolo di preferenza

⇒ **DICHIARA IL PROPRIO STATO DI FAMIGLIA** é formato da (indicare nome, cognome, nascita, residenza, codice fiscale di ciascun nominativo):

¹ Indicare nome e cognome del dichiarante

² Nel caso la camera sia richiesta per persona rappresentata, specificarne nome, cognome, luogo e data di nascita, nonché residenza e codice fiscale

³ Si intende che l'opzione 2 è in subordine a quella principale, la 3 alla 2

⇒ **DICHIARA GLI ALTRI PARENTI TENUTI ALLE PRESTAZIONI ALIMENTARI AI SENSI DEL CODICE CIVILE** sono (indicare nome, cognome, nascita, residenza, codice fiscale di ciascun nominativo):

⇒ **RICONOSCE CHE PRESUPPOSTI DELL'AMMISSIONE SONO:**

- | |
|--|
| <p>a) la disponibilità del posto da parte della struttura;</p> <p>b) la solvibilità economica: in proprio, mediante sottoscrizione di dichiarazione di pagamento retta e/o con l'integrazione della Pubblica Amministrazione competente, mediante esibizione di relativo impegno di pagamento;</p> <p>c) accettazione da parte dell'Ospite dell'organizzazione della struttura, mediante sottoscrizione dell'apposita convenzione.</p> |
|--|

⇒ **SI IMPEGNA AL VERSAMENTO DELLE RETTE** con le modalità stabilite dall'avviso, dallo Statuto e Regolamento della R.A. e dalla stipulanda convenzione, nonché ad esibire idonee **dichiarazioni reddituali e di consistenza patrimoniale del contraente e dei soggetti obbligati a garanzia dei versamenti;**

⇒ **SI IMPEGNA fin da ora alla piena osservanza, da parte del concessionario, delle norme regolanti la Residenza (Statuto e Regolamento della R.A., norme Comunali, Regionali e Statali in materia, ivi comprese le relative disposizioni di attuazione).**

⇒ **ALLEGA** i seguenti documenti (BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA):

- scheda sullo stato di salute (**OBBLIGATORIO**);
- fotocopia tesserino del S.S.N. (**OBBLIGATORIO**) ed esenzione ticket (**EVENTUALE**);
- verbale di riconoscimento invalidità civile (o copia domanda) (**EVENTUALE**);
- copia dell'impegno di pagamento (per persona per cui la Pubblica Amministrazione intervenga nell'integrazione della retta) (**EVENTUALE**);

⇒ **DICHIARA** altresì di accettare incondizionatamente le condizioni che l'Amministrazione ha fissato, nel pubblico avviso di concessione, compreso il potere di revoca della procedura in sede di autotutela amministrativa, o un'eventuale riapertura dei termini.

⇒ **CONSENTE** ai sensi dell'art. 6 del bando/avviso pubblico e della L. 675/1996 il trattamento dei dati personali inerenti il procedimento indicato dal bando stesso.

_____ , li _____
luogo data

in fede _____
firma per esteso

N.B. : Allegare fotocopia documento di identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a _____
 _____ (cognome) _____ (nome)
 nato/a a _____ (_____) il _____
 _____ (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
 residente a _____ (_____)
 _____ (comune di residenza) (prov.)
 in _____ n. _____
 _____ (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate
 dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Di possedere i seguenti immobili :

di essere titolare dei seguenti redditi:

**DI IMPEGNARSI AL PAGAMENTO DELLA RETTA RELATIVA AL PROPRIO SOGGIORNO
 PRESSO LA RESIDENZA PER ANZIANI "GLI OLMF" DI PARODI LIGURE.**

Data, _____

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.) _____
residente a _____
(comune di residenza) _____ (prov.) _____
in _____ n. _____
(indirizzo) _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

DI IMPEGNARSI IN QUALITA' DI _____

AL PAGAMENTO DELLE RETTE RELATIVE AL SOGGIORNO PRESSO LA RESIDENZA PER ANZIANI "GLI OLMI" DI PARODI LIGURE DEL/LA SIGNOR/A:

_____ nato/a _____ il _____
residente in _____.

Luogo e data

Il / La Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996:
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

CERTIFICATO MEDICO

Sig. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Visita effettuata presso _____

Relazione medica _____

Diagnosi _____

Terapia _____

Certificati invalidità o esenzione Ticket per patologie _____

_____ li _____

Timbro e firma del Medico

VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA DELL'ANZIANO (scala Chrichton modificata)

Punti	Mobilità	Memoria	Orientamento	Comunicazione	Collaborazione
0	Autonomia totale	Normale	Completo	Normale	Attivamente collaborante
1	Normalmente autonomo	Occasionalmente smemorato	Orientato, in ambienti limitati riconosce le persone	Discute argomenti semplici	Collaborante passivamente o occasionalmente collaborante
2	Cammina con supervisione	Perdita della memoria a breve termine	Confuso ma raggiunge i posti della sua casa o della sede in cui si trova	Non comprende gli ordini semplici o non sa esprimere i propri bisogni	Richiede frequente incoraggiamento o persuasione
3	Cammina con aiuto	Perdita della memoria a breve e lungo termine	Non si muove autonomamente	Non comprende gli ordini semplici o non sa esprimere i propri bisogni ma conserva un minimo di aggressività	Non collabora ma a volte cerca di eseguire autonomamente il compito
4	Allettato o in poltrona	Totale compromissione	Completamente disorientato	Abolizione di ogni contatto	Completamente non collaborante
Punti	Punti	Punti	Punti	Punti	Punti

Totale tabella: _____

Punti	Irrequietezza	Abbigliamento	Alimentazione	Lavarsi	Incontinenza
0	Assente	Corretto	Normale senza aiuto	Autonomo	Controllo totale
1	Intermittente	Imperfetto ma adeguato	Con supervisione minima	Con supervisione minima	Incidenti occasionali
2	Di giorno "o" di notte	Adeguato con supervisione minima	Con supervisione continua	Con supervisione completa	Contenuto di giorno se condotto al bagno
3	Di giorno "s" di notte	Possibile con supervisione continua	Deve essere alimentato	Con supervisione continua	Urinaria notturna
4	Costante	Totalmente incapace	Enterale o parenterale	Non si lava da solo	Doppia
Punti	Punti	Punti	Punti	Punti	Punti

Totale tabella: _____

Totale scheda. _____

Timbo e firma

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
in qualità di richiedente il servizio offerto dal Comune di Parodi Ligure denominato "Richiesta di concessione camera nella R.A. per anziani Gli Olmi di Parodi Ligure", con la presente manifesta in maniera inequivocabile, libera, specifica e informata il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali contenuti nella documentazione allegata.

È informato della modalità in cui si svolge il servizio offerto dal Comune, consistente nei seguenti passaggi:

1. ricezione, ad opera del Comune, a mezzo di impiegato comunale, in stanza dedicata, della documentazione specifica;
2. la documentazione viene custodita in raccoglitore ermetico, a sua volta archiviato in armadio chiuso a chiave.

Nella piena consapevolezza della modalità in cui si svolgerà il servizio manifesta pertanto il proprio inequivocabile, libero, specifico, informato consenso al trattamento, da parte del Comune di Parodi Ligure, dei propri dati personali, in particolare di quelli contenuti nel certificato medico.

Si riserva di revocare il consenso in caso di rinuncia alla prestazione del servizio richiesto.

Parodi Ligure, li _____

in fede _____

allega proprio documento di identità personale

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, in ordine al trattamento dei dati personali inerenti il procedimento instaurato dalla lettera di invito si informa che:

- a) i dati personali oggetto di raccolta e trattamento sono forniti direttamente dall'interessato, in maniera libera, informata, specifica, in quanto richiedente un servizio prestato dal Comune;
- b) le finalità cui sono destinati i dati raccolti ineriscono allo svolgimento di un servizio su espressa richiesta, derivante da libera e autonoma iniziativa, da parte dell'interessato
- c) i dati oggetto di raccolta e di trattamento hanno natura di dati personali ed, eventualmente, altresì, dati sensibili di natura sanitaria;
- d) la raccolta e il trattamento dei dati sono necessari in quanto oggetto stesso del servizio, nei limiti strettamente necessari all'esplicazione del servizio stesso;
- e) le modalità di trattamento consistono nella gestione dei dati con modalità protetta e nella comunicazione a soggetto abilitato, in particolare ai componenti della commissione per la valutazione delle domande e all'infermiere della Struttura residenziale Gli Olmi, con metodi manuali ed, eventualmente, informatici (registro trattamento);
- f) è espressamente esclusa la possibilità, da parte del titolare del trattamento, di trasferimento dei dati a paese terzo rispetto all'Unione europea o a organizzazione internazionale;
- g) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: 1) il personale dell'Amministrazione coinvolto nel procedimento; 2) i membri della commissione che valuta le domande d'ingresso; 3) l'infermiere della Struttura residenziale Gli Olmi, è escluso, in linea di massima, ogni altro soggetto avente interesse ai sensi della L. 241/1990 e s.m.i.;
- h) i diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'articolo 13 **gli articoli 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003**, cui si rinvia;
- i) **il titolare del trattamento**, soggetto attivo della raccolta dei dati, è il soggetto erogatore del servizio, **il Comune di Parodi Ligure**, in persona del legale rappresentante Sindaco pro tempore Bruno Merlo, recapito **Piazza Municipio n. 5 – PARODI LIGURE (AL)**, Tel.: **0143 681105** – Fax: **0143 681481**, e-mail **info@comune.parodiligure.al.it**, Posta certificata: **parodi.ligure@cert.ruparpiemonte.al.it**,
- j) **il Responsabile del trattamento** è il Segretario Comunale Avv. Gian Carlo Rapetti;
- k) Il responsabile della protezione dei dati è, allo stato, il titolare
- l) **Si comunica che i dati oggetto di trattamento da parte del titolare non subiranno processo decisionale automatizzato, con particolare riferimento a profilazione;**
- m) sussiste diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- n) sussiste diritto dell'interessato a revocare il consenso
- o) sussiste diritto dell'interessato a opporre reclamo
- p) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, e si configura come onere, nel senso che il richiedente, se intende usufruire del servizio deve presentare la certificazione medica;
- q) la conseguenza di un eventuale rifiuto di fornire i dati consiste nella rinuncia al servizio.