

**MODULO DI RICHIESTA PER IL
PROGRAMMA “RITORNARE A CASA”**

**Al Signor Sindaco
del Comune di Quartu Sant’ Elena**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____
Cap. _____

Via _____ n° _____ Tel. _____

Cell. _____ (recapito telefonico indispensabile).

Codice Fiscale: _____

in qualità di:

- Destinatario del piano Titolare della potestà genitoriale
- Incaricato della tutela Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto in corso di validità)
- Altro familiare (indicare grado di parentela): _____
in possesso di delega da parte del destinatario da allegare alla domanda.

CHIEDE

di poter usufruire del Programma “Ritornare a casa” a favore di _____ nato/a a _____
il _____ residente a Quartu Sant’Elena

Via _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Nominativo del Medico di Medicina Generale _____.

Al presente modulo di domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Fotocopia della tessera sanitaria e del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del destinatario;
- Copia del decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno
- ISEE socio-sanitario in corso di validità (2017)
- Certificazione del riconoscimento dell’indennità di accompagnamento ;
- Modulo di richiesta di valutazione multidimensionale della ASL 8 debitamente compilato e firmato dal richiedente;
- Modulo di relazione Sanitaria e Scheda di Valutazione Multidimensionale da compilarsi a cura del Medico di medicina generale debitamente firmato timbrato e datato dal medesimo medico compilatore;
- Relazione sanitaria in cui viene riportato il quadro clinico dettagliato del destinatario corredata dalla scheda CDRs o dalla scheda Karnofsky (a cura del neurologo o geriatra o da oncologo di struttura pubblica o convenzionato)
- Delega da parte del destinatario o degli altri familiari per la presentazione della domanda e la firma del piano personalizzato.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità connesse all’attivazione del Programma Sperimentale “Ritornare a casa” e la comunicazione degli stessi agli Enti Sanitari interessati in conformità al D.Lgs n° 196/2003.

Data _____

Firma _____

N.B. Il modulo debitamente compilato dovrà essere presentato in busta chiusa e con la dicitura “Contiene domanda per il Programma “Ritornare a casa” all’Ufficio Protocollo del Comune di Quartu S.E. in via E. Porcu.