



**Amministrazione destinataria**  
Regione Friuli Venezia Giulia

**Ufficio destinatario**  
Ufficio Protocollo

## Domanda di accesso al servizio di teleassistenza domiciliare

*Ai sensi della Legge Regionale 26/07/1996, n. 26*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Stato civile

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### residente in

Residenza

☐ appartamento

Piano

Ascensore

☐ sì

☐ no

☐ casa indipendente

### rete informale disponibile (\*convivente, care giver, familiari, amici, altri)

(l'utente si impegna ad informare i soggetti della rete che saranno allertati in caso di necessità)

Cognome	Nome	Convivente (sì/no)	Indirizzo - Comune	Telefono/Cellulare	Grado di parentela (*)	Assistito (sì/no)	Aiuto/assist (**)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aiuto/assistenza prestata (\*): 1 = costante, 2 = occasionale, 3 = nessuna

**medico di medicina generale**

Cognome

Nome

Telefono ambulatorio

E-mail

**CHIEDE**

ai sensi della Legge Regionale 26/07/1996, n. 26 di poter usufruire del servizio di teleassistenza domiciliare Regionale "SICURI A CASA".

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

☒ 1A) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio

- ☐ età superiore ai 65 anni
- ☐ adulto con disabilità psico-fisica
- ☐ coppia "fragile" over 75

☒ 1B) di essere in possesso dei seguenti requisiti di accesso al servizio

- ☐ vivo solo
- ☐ vivo solo frazioni di giornate (mattina, pomeriggio, notte)
- ☐ vivo in progetti di abitare inclusivo, vita indipendente, in assenza di operatori o care giver sulle 24 ore

☒ 2) di essere nelle condizioni di fragilità socio-sanitaria e sociale prioritarie (P) sotto indicate

*(livello di autosufficienza nelle attività di vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, muoversi))*

- ☐ autonomo (non ho bisogno di aiuto)
- ☐ parziale (ho bisogno di essere in parte aiutato) (P)
- ☐ dipendente (ho bisogno di essere aiutato in tutto) (P)

☒ 3) di avere i seguenti criteri prioritari (P) di fragilità socio-sanitaria e sociale

- ☐ assunzione di cinque o più diversi farmaci al giorno (P)
- ☐ uno o più ricoveri ospedalieri o RSA o accessi in pronto soccorso negli ultimi 12 mesi (P)
- ☐ difficoltà o ridotta deambulazione (ad esempio sostenuta con ausili) (P)
- ☐ la maggior parte del tempo è trascorso in casa e/o le interazioni sociali sono scarse o nulle (P)

**SI IMPEGNA**

☒ a comunicare all'ente gestore eventuali variazioni nei dati personali, suoi e dei reperibili (ad esempio cambio recapiti, variazioni numeri telefonici, sostituzione chiavi, ecc.)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

☐ altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.