



**COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO**

DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (___) Data di nascita ___/___/___

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Cod. Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Luogo di residenza _____ (___) Telefono _____

Via _____ N. _____

*Nominativo, indirizzo, numero telefonico e grado di parentela della persona referente
(sia per quanto riguarda l'ammissione che per tutto il periodo di inserimento)*

Grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di residenza _____ (___)

Via _____ N. _____

Telefono _____

Il Richiedente

(allegare copia carta d'identità di chi sottoscrive)

*Comune di Clusone
Home Autismo*

PIAZZA S.ANDREA, 1 – 24023 CLUSONE (BG) TELEFONO 0346/89617 - FAX 0346/23014
E-MAIL: SERVIZISOCIALI@COMUNE.CLUSONE.BG.IT

Si riceve in data _____/_____/_____ domanda di ammissione
del/la Signore/a _____ residente nel comune di _____.

Firma per ricevuta



**COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO**

VERIFICA DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- 1 – *Questionario assistenziale* o
- 2 – *Certificato diagnosi funzionale* o
- 3 – *Dichiarazione di costituzione garanzia dei genitori* o
- 4 – *Consenso informato D. Lgs. 196/03* o

VERIFICA DOCUMENTI AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE:

- 1 - *Carta d'identità del genitore* o
- 2 - *Codice Fiscale* o
- 3 - *Tessera Sanitaria* o
- 4 – *Regolamento del servizio sottoscritto* o
- 5 - *Eventuale esenzione Ticket per patologia e/o per invalidità* o

CONSEGNA DOCUMENTI AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE

- 1 – *Carta Servizi* o
- 2 – *Questionario “Aiutateci a migliorare”* o
- 3 – *Comunicazione dell’Utenza* o



**COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO**

Comunicazioni intercorse e aggiornamenti:

Provenienza

- dal domicilio*
- da struttura psichiatrica*
- da struttura sanitaria*
- da altra struttura di ricovero*
- altro* _____

Soggetto con assegno di accompagnamento *SI* *NO*

HOME AUTISMO

- Tutti i giorni*
- A giorni alterni* _____ *(specificare quali)*
- Giorni diversi* _____ *(specificare quali)*



COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ
(da compilare da parte del parente garante)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Pr. _____),

il ___/___/_____ e residente a _____

in via _____, N. _____

dichiara di costituirsi garante in relazione a tutte le norme regolanti il rapporto

del/la Signor/a _____ nato/a a _____

(Pr. _____), il ___/___/_____ e residente a _____

in via _____, N. _____

vigenti tra quest'ultimo e il Comune di Clusone ..

In caso di insolvenza nel pagamento, si dichiara di assumere ogni responsabilità al riguardo.

_____, lì ___/___/_____

IN FEDE

*allegare copia carta di identità
di chi sottoscrive*



COMUNE DI CLUSONE SERVIZIO HOME AUTISMO

PRIVACY Informativa e tutela della riservatezza dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 e 79 del DLgs196/2003 (Codice Privacy)

Gentile Utente,

il Comune di Clusone è in possesso di Suoi dati "personali" secondo il "Codice sulla Privacy" per l'erogazione del servizio sanitario. Tale Codice prevede che le persone che effettuano il trattamento di dati personali sono tenuti ad informare il soggetto su quali dati vengano trattati e su taluni elementi qualificanti il trattamento, che deve avvenire con correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Informiamo che:

I dati forniti ci aiutano a curarLa.

I dati raccolti sono personali e sanitari per:

- per la prevenzione, diagnosi e cura e così finalizzati per la Sua salute;*
- per la gestione dei dati amministrativi e contabili;*
- certificazioni relative allo stato di salute.*

Dati personali e sanitari riguardanti i Suoi familiari possono essere trattati, sempre solo se indispensabili a giudizio del professionista sanitario.

I dati saranno trattati per tutto il periodo della Sua degenza e anche successivamente per finalità amministrative e secondo gli obblighi di legge.

In mancanza di tali dati potrebbe essere difficile se non impossibile offrirLe le prestazioni richieste.

I dati saranno utilizzati proteggendo la Sua riservatezza

I suoi dati saranno utilizzati sempre secondo le norme di legge e nel segreto professionale e d'ufficio dai medici e da i collaboratori autorizzati del Comune di Clusone.

I Suoi dati potranno essere comunicati nei limiti di necessità e della legge ad altri soggetti che partecipano al le cure e connessi ad essa:

- a responsabili ed incaricati del trattamento del Comune di Clusone,;*
- a medici collaboratori de Comune di Clusone.*
- ad Aziende Ospedaliere e Sanitarie interessate al percorso di cura*
- a soggetti pubblici e privati per finalità istituzionali (sanità e igiene pubblica, controllo, assistenza e spesa sanitaria)*

Sicurezza dei dati

Il Comune di Clusone custodisce i Suoi dati in archivi cartacei ed elettronici con ulteriori misure di sicurezza per garantire che solo le persone autorizzate possano conoscere le informazioni che la riguardano.

Lei ha diritto

Secondo il codice vigente (Art. 7 DLgs. 196/2003) è Suo diritto in quanto i Suoi dati sono custoditi negli archivi del Comune di Clusone:

- di conoscere i Suoi dati in trattamento*
- di sapere come vengono utilizzati i dati e per quale finalità*
- di sapere a chi vengono comunicati e chi può venirne a conoscenza*
- di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati*
- di chiedere la trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché opporsi in ogni casi al loro utilizzo, per giusti motivi, o la cancellazione (purchè non debbano essere conservati per legge).*

Può esercitare i Suoi diritti presentando una domanda scritta a:

Comune di Clusone- Servizi Sociali. – Piazza S. Andrea 1 24023 CLUSONE (BG)

Responsabile del trattamento è Il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Clusone.

Titolare del trattamento è il Comune di Clusone. – Piazza S. Andrea 1 24023 CLUSONE (BG)



COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO

CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI ART. 13 e 79 del DLgs 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____acquisite le informazioni di cui agli artt. 13 e 79, del DLgs 196/2003 con la firma della presente dichiarazione conferisco il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano (come meglio indicato nell'informativa consegnatami), contenuti nell'archivio del Comune di Clusone per l'esercizio dell'attività assistenziale resa nei miei confronti e dichiaro di essere a conoscenza dei diritti riconosciutimi dalla legge menzionata.

Data ___/___/_____

Firma dell'interessato o di persona autorizzata _____



**COMUNE DI CLUSONE
SERVIZIO HOME AUTISMO**

SCHEDA CONOSCITIVA

(da compilare da parte di chi si prende cura della persona richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Luoghi dove ha vissuto nel corso della vita:

Situazione familiare:

Chi si cura dell'assistenza attualmente:

Chi ha scelto il servizio:

Scuola svolta:

Carattere:

- Mite Aggressivo
 Socievole Solitario
 Allegro
 Riservato

Come si svolge attualmente la sua giornata:

Ha degli hobbies: se si, quali?

Altro:

Per il Richiedente

in qualità di

Data __ / __ / __