

**COMUNE DI CANZO**  
**PROVINCIA DI COMO**

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Al Comune di Canzo  
Ufficio Servizi Sociali  
Via Mazzini n. 28  
**22035 – CANZO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Canzo  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Stato Civile \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
Medico di Base Dr. \_\_\_\_\_  
Pensione Mensile Euro \_\_\_\_\_  
Invalidità Civile  al \_\_\_\_\_ %  
Indennità di Accompagnamento   
Famigliare di riferimento \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo del parente \_\_\_\_\_

**C H I E D E:**

l'effettuazione delle prestazioni domiciliari previste dal Servizio di Assistenza Domiciliare.

Firma del Richiedente o Familiare di Riferimento

Data \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ del  
Domanda n. \_\_\_\_\_ /

## PIANO SOCIO ASSISTENZIALE

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Visita in data: \_\_\_\_\_

| Tipologia Prestazioni | Data attivazione | Frequenza accessi | Ora per accesso | Nome Operatore | Qualifica Operatore |
|-----------------------|------------------|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|
|                       |                  |                   |                 |                |                     |
|                       |                  |                   |                 |                |                     |
|                       |                  |                   |                 |                |                     |

### NOTE DELL'ASSISTENTE SOCIALE

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

**L'Assistente Sociale**  
**(Galimberti Dr.ssa Barbara)**

---

#### INFORMATIVA SULLA LEGGE 675/1996 (Tutela della privacy)

Egr. Sig./Gent.le Sig.ra,  
desideriamo informarLa che la Legge 675 del 31/12/1996 sulla privacy, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti, rispetto al trattamento dei dati personali. In applicazione di detta Legge si precisa che i dati personali a Lei richiesti, sono utilizzati al solo scopo di erogare le prestazioni socio-assistenziali richieste, verranno trattati nel rispetto della Legge 675 in forma anonima per le finalità di studio e ricerca previste dalla Legge.

#### FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni inerenti i contenuti della legge 675/96, dà il consenso al trattamento:

dei propri dati personali e/o sensibili

dei dati del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ da cui è delegato/a nei casi previsti dalla Legge e da disposizioni ministeriali o regionali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_