

SPETT. COMUNE DI

Oggetto: richiesta di accesso al “Registro Pubblico delle Assistenti Familiari / Badanti del Distretto Sanitario di Olbia”.

Con la presente si richiede l'accesso al registro in oggetto e si forniscono le seguenti informazioni

Persona di riferimento _____

Via _____ Comune _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____

Persona da assistere

Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N. _____ CAP _____

Tipologia assistito/a

Anziano autosufficiente non autosufficiente

Disabile fisico Disabile psichico

Altro _____

Composizione nucleo familiare

Coniuge Figlio/a Num _____

Nuora/genero Nipote/i Num _____

Vive solo Fratello/sorella Num _____

Necessita di assistenza

per 24 ore giorno

notte part time

Disponibilita' di alloggio

SI NO

Prestazioni richieste:

governo della casa: pulizie dell'ambiente, lavare e stirare gli indumenti, cucinare e rigovernare la cucina, fare la spesa, eseguire piccole incombenze all'esterno (pagamento bollette, ricette mediche, approvvigionamento farmaci).

assistenza semplice alla persona : aiuto alla persona nel camminare, vestirsi, aiuto nella pulizia personale, aiuto e assistenza per l'assunzione dei pasti, accompagnamento al bagno, utilizzo o aiuto nell' usare correttamente i presidi di assistenza, comunicazione e socializzazione, dialogo finalizzato al mantenimento e il recupero di una mente vigile.

assistenza di base : esecuzione delle cure igieniche parziali e totali, prevenzione dei decubiti, esecuzione medicazioni semplici, pulizia del cavo orale, cambio sacchetti urine o stomie, sorveglianza della temperatura corporea, alimentazione del paziente

altro

Per un totale complessivo di _____ ore settimanali. (max 54 ore settimanale come da CCNL)

Luogo e data _____

Firma

Informativa sulla riservatezza dei dati

Dichiaro :

- che mi sono state illustrate in sintesi le norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei miei dati personali e che consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.

- Di impegnarsi a rispettare il CNL vigente di categoria

Luogo e data _____

Firma
