

Per ricevuta

Data:

Prot.:

Firma operatore:

Alla c.a Cooperativa:

Tel.:

E-mail:

Referente progetto:

Scheda di adesione al progetto A.F.R.I.mont "Assistenza Familiare Reti Integrate Montagna".

DATORE DI LAVORO

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____
INDIRIZZO - COMUNE - PROV

Telefono _____ Cellulare _____

Raggiungibile con mezzi pubblici: sì no se sì quali _____

E-mail _____

Persona da contattare _____

REQUISITI LAVORATORE *1

Esperienza nella mansione: sì no preferibile

Esperienza nell'utilizzo di ausili: sì no _____
SPECIFICARE QUALI (SOLLEVATORE, MACCHINARI...)

Sede di lavoro _____
INDIRIZZO - COMUNE - PROV

Disponibilità convivenza: sì no

Disponibilità: trasferte - notturni - festivi - altro _____

Disponibilità: Tempo pieno Part-time (indicare n° ore settimanali _____)

Orario di lavoro richiesto _____

Descrizione dei compiti connessi alla posizione lavorativa _____

ALTRI REQUISITI

Patente di guida

B sì no preferibile

Automunito

Eventuali altre esigenze:

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE

tempo indeterminato tempo determinato _____

Presunta data di assunzione _____

SERVIZI ALLA PERSONA *2

Beneficiario

Nome _____ Cognome _____

Età _____

Rapporto di parentela con il beneficiario (se persona diversa dal datore di lavoro)

Situazione abitativa

Abitazione isolata sì no

Condominio sì no

Piano _____

Ascensore sì no

Familiari conviventi con il beneficiario sì no

grado di parentela _____

Disponibilità stanza separata sì no

Disponibilità servizi separati sì no

Presenza di animali domestici no sì (indicare quali _____)

Condizioni Sanitarie

Autosufficiente	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Allettato	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Necessita aiuto nell'uso dei servizi per la cura dell'igiene personale	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenta difficoltà nella deambulazione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Necessita di ausili per la deambulazione quali _____	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Necessita di altri ausili quali _____	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto nell'assunzione di cibo	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto nel monitoraggio della terapia farmacologica	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Incontinente	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenta disorientamento spazio temporale	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenta patologie psichiatriche (es. bipolarismo – depressione – schizofrenia...)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenta patologie degenerative (es. demenza, Alzheimer, ...)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenta disabilità fisiche	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Peso _____	

Mansioni richieste

Attività sociali-ricreative	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pulizia domestica	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Monitoraggio assunzione farmaci	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cura dell'igiene della persona	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Preparazione dei pasti	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Somministrazione pasti	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Spesa alimentare	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Disbrigo commissioni esterne (es. medico, farmacia, ecc.)	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
(specificare) _____	

***1** Si ricorda che, come previsto dal Bando regionale al punto 2.1.4: “Modalità di perseguimento dei principi orizzontali del POR”, le richieste provenienti dalle famiglie dovranno rispettare il divieto di discriminazione di cui all'art. 2 della legge regionale n. 5 del 23 marzo 2016 (“Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale”).

In particolare le richieste, non potranno adottare criteri di distinzione, esclusione, restrizione o preferenza basate su una o più delle condizioni descritte al c. 1, lettera a) del citato articolo (vale a dire: nazionalità, sesso, colore della pelle, ascendenza od origine nazionale, etnica o sociale, caratteristiche genetiche, lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, appartenenza ad una minoranza nazionale, patrimonio, nascita, disabilità, età, orientamento sessuale e identità di genere, ed ogni altra condizione personale o sociale).

***2** scheda duplicabile qualora siano più beneficiari.

Luogo e data

Firma

Informativa sulla Privacy

- ❑ Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente all'esecuzione delle procedure per la partecipazione al Bando Intervento di sistema sul territorio regionale per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali.
- ❑ I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nella pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati
- ❑ Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali
- ❑ In relazione alle finalità del Bando i dati potranno essere comunicati e/o inseriti nella banche dati Regionali per l'attivazione delle azioni progettuali
- ❑ I dati raccolti saranno conservati nel rispetto delle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno in alcun modo oggetto di processi decisionali automatizzati.
- ❑ Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al loro trattamento (articoli 15-22 del GDPR), oltre al diritto della portabilità dei dati. Inoltre gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo contattando il responsabile della protezione dei dati presso il Garante per la protezione dei dati personali.
- ❑ Il titolare del trattamento è la Città metropolitana di Torino, con sede legale in Corso Inghilterra 7 a Torino, centralino 011 8612111, protocollo@cert.cittametropolitana.torino.it. Il Responsabile della Protezione Dati (Dati Protection Officer -DPO) è la dott.ssa **Carla Gatti** e i dati di contatto sono: Corso Inghilterra, 7 10138 Torino tel 011/8617800 e-mail dpo@cittametropolitana.torino.it

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e procedure informatizzate regionali ad accesso riservato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

(firma obbligatoria)