



**AMBITO TERRITORIALE N.1 DI COSENZA**  
**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI**  
**DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'/NON**  
**AUTOSUFFICIENZA, PERSONE ECONOMICAMENTE FRAGILI, PERSONE ANZIANE**

**P.A.I.**  
**(PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO)**

|                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| Sig. _____                                    | Nato il _____     |
| a _____                                       | Residente a _____ |
| in Via _____                                  | n° _____          |
| Domiciliato a (se diverso da residenza) _____ |                   |
| Telefono _____                                |                   |
| email _____                                   | pec _____         |

L'Assistente Sociale del Comune di \_\_\_\_\_, facente parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.1 di Cosenza, ha definito il seguente P.A.I.:

| Familiare/Caregiver di riferimento | Grado di parentela | Telefono | Altro |
|------------------------------------|--------------------|----------|-------|
|                                    |                    |          |       |
|                                    |                    |          |       |

| Medico curante | Indirizzo | Telefono | Altro |
|----------------|-----------|----------|-------|
|                |           |          |       |

| Tipo di prestazione di cui all'art. 2.1 e art. 2.2 dell'Avviso Pubblico | Qualifica operatore | N.° di ore giornaliere | Fascia oraria dalle _____ alle _____ | Accessi settimanali |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------|
|                                                                         |                     |                        |                                      |                     |
|                                                                         |                     |                        |                                      |                     |

## VALUTAZIONE DEL BISOGNO

**Il presente P.A.I. è redatto da:**

**Assistente Sociale del Comune di** \_\_\_\_\_, **Dott.ssa** \_\_\_\_\_

**Destinatario del Servizio** \_\_\_\_\_ (o chi ne fa le veci, specificare)

### **INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di interessato/a, dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali, e di essere stato/a informato/a in merito alle finalità, modalità e durata del trattamento dei dati connessi alla valutazione del bisogno assistenziale, alla predisposizione, attuazione, monitoraggio e verifica del presente Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), nonché all'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere stato/a informato/a che, nell'ambito della gestione del servizio, potranno essere trattati dati personali e, ove necessario, dati appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, esclusivamente nella misura necessaria per le finalità connesse alla presa in carico e alla realizzazione degli interventi previsti dal PAI.

Esprime pertanto il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari, nei limiti e per le finalità sopra indicate, nonché alla comunicazione degli stessi ai soggetti istituzionali e agli eventuali soggetti gestori/erogatori dei servizi coinvolti nell'attuazione del PAI, nei limiti di quanto necessario per l'erogazione degli interventi previsti.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma Beneficiario o Caregiver**

**L'Assistente Sociale**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_