



**PROGETTO “CO-OPPORTUNITY CO-BABY CO-CARE”**

**DOMANDA PER L’ADESIONE AL SERVIZIO SPERIMENTALE “AMICO DI QUARTIERE”.**

Il/la sottoscritto/a\*.....  
nato/a\*..... il\* .....  
codice fiscale \*.....  
residente a\* ..... Via\* .....  
tel/cell\* .....  
indirizzo email .....

**Dichiaro di:**

- aver visionato e compreso l’Avviso pubblico
- essere residente a Monza
- essere nella condizione di occupato presso .....

**pertanto richiedo il servizio di amico di quartiere per**

Nome e Cognome\*.....  
nato/a\*..... il\* .....  
residente a ..... Via\* .....  
nel quartiere di ..... tel/cell\* .....

**Dichiaro inoltre di**

Avere il seguente legame con l’anziano (es. figlio, nipote etc.)  
.....

**\* campi obbligatori**

Servizio Partecipazione, Giovani, Pari Opportunità  
Piazza Trento e Trieste 20900 Monza | Tel. 039.2372451  
email serviziopartecipazione@comune.monza.it

Sede Municipale: Piazza Trento e Trieste | 20900 Monza | Tel. +39.039.2372.1 | Fax +39.039.2372.558  
email protocollcert@comunedimonza.legalmail.it | Codice Fiscale 02030880153 | Partita IVA 00728830969



Che l'anziano si trova nelle seguenti condizioni (barrare la condizione/i):

- in carico ai servizi sociali comunali [ SI ] [NO]

- vive solo [ SI ] [NO]

- dimesso, recentemente, dall'ospedale [ SI ] [NO]

- altro .....

Eventuale forma di sostegno all'autonomia già in corso (es. badante, servizi domiciliari etc.)

.....

Medico Curante dell'anziano

Nome/Cognome..... il cui studio si è in

Via ..... quartiere ..... tel.....

**Chiedo pertanto di usufruire dell'amico di quartiere(barrare la scelta/e):**

- Raccolta richieste, acquisto e consegne medicine [ ]

- Prenotazione esami medici [ ]

- Accompagnamento alle visite [ ]

con la seguente frequenza mensile (fino ad un massimo di n°7 interventi):

n° interventi .....

per i seguenti mesi ..... (mesi disponibili da settembre a dicembre 2015)

#### ***Trattamento dei dati personali***

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 autorizzo il Servizio Partecipazione, Giovani, Pari Opportunità del Comune di Monza a procedere al trattamento dei dati da me forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali, per finalità connesse all'utilizzo dei servizio offerto e per statistiche ad uso istituzionale.

acconsento [ ] non acconsento [ ]

Allega alla presente: Copia carta d'identità e del codice fiscale.

luogo ..... data.....

In fede

.....

**\* campi obbligatori**

Servizio Partecipazione, Giovani, Pari Opportunità  
Piazza Trento e Trieste 20900 Monza | Tel. 039.2372451  
email serviziopartecipazione@comune.monza.it

Sede Municipale: Piazza Trento e Trieste | 20900 Monza | Tel. +39.039.2372.1 | Fax +39.039.2372.558  
email protocollcert@comunedimonza.legalmail.it | Codice Fiscale 02030880153 | Partita IVA 00728830969