



**Ambito
Distrettuale
Visconteo
Sud Milano**



Spett.li
Servizi alla Persona
Comune di Lacchiarella – Piazza Risorgimento 1
Email: ufficio.assistentesociale@comune.lacchiarella.mi.it
Tel: 02905783270 – 02905783272

MODULO DI RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI TELESOCORSO

(CAT.VII/12/31)

Il /la sottoscritto/a richiedente

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____, il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel. _____

Indicare l'operatore gestore del contratto telefonico _____

Per conto di:

SE STESSO

FAMILIARE SOTTO RIPORTATO

Sig./Sig.ra beneficiario/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____, il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel. _____

Indicare l'operatore gestore del contratto telefonico _____

RICHIEDE

L'attivazione del servizio di Teleassistenza riservato alle persone che abbiano compiuto 70 anni di età, oppure, che si trovino in condizione di limitata autonomia personale in quanto il/la beneficiario/a del servizio:

- Vive solo/a;
- In possesso del riconoscimento di invalidità civile;
- Si trova in condizione di limitata autonomia personale;
- Si sono verificati episodi di pericolo e/o di incolumità dello/a stesso/a;

DICHIARA

- Di dare il consenso ad inviare alla ditta incaricata dal Comune l'allegata scheda tecnica necessaria all'attivazione del servizio;
- Di dare il consenso al trattamento dei dati sensibili per le finalità e con le modalità specificamente indicate nell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- Di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

ALLEGA ALLA DOMANDA

- Scheda informativa necessaria all'attivazione del servizio debitamente compilata e sottoscritta;
- Copia carta d'identità del richiedente;
- Fotocopia del verbale di invalidità civile dell'ASL territoriale o eventuali certificazioni mediche;

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

Altri recapiti _____

ALTRI DATI DI CUI SAREBBE UTILE LA COMUNICAZIONE (non obbligatoria)

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Priorità (*segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza*) _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Priorità (*segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza*) _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Priorità (*segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza*) _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Priorità (*segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza*) _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

ASSISTENZA DOMICILIARE/INFERMIERISTICA

Nome e Cognome _____
Giorno e orario di presenza dall'utente _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Ente _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

Nome e Cognome _____
Giorno e orario di presenza dall'utente _____
Recapiti telefonici _____; _____;
Ente _____
Chiavi (*indicare se possiede le chiavi*) SI NO

Parrocchia di riferimento _____

Tel. _____

Altre segnalazioni e/o telefoni utili _____

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____