

All'Ufficio di Piano
Dell'Ambito Territoriale di Manduria
per il tramite del Segretariato Sociale
COMUNE di _____

Oggetto: Richiesta servizio Telesoccorso – Teleassistenza - Telecontrollo

Il/la sottoscritto/a

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>		
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>		
C.F./	<input type="text"/>				

per se; per il tramite del familiare/tutore/ (*specificare*)

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>		
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>		

CHIEDE

L'attivazione del servizio di indicato in oggetto presso l'abitazione al suindicato indirizzo.

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ed altresì a conoscenza della prevista comminatoria di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

1) Di appartenere ad una, o più di una, delle categorie sotto elencate (*barrare le voci interessate*):

- ultrasessantacinquenni autosufficienti**, che vivono soli o in coppia unicamente con altro ultrasessantacinquenne;

- ultrasessantacinquenni non autosufficienti e/o disabili;**
- adulti, non ultrasessantacinquenni,** portatori di patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente, ecc.), che vivono soli o, in caso di coniuge o familiare conviventi, che restano tuttavia soli, per inderogabili esigenze, almeno quattro ore consecutive nell'arco della giornata.

2) Di essere in possesso di idoneo impianto telefonico;

3) Di aver preso conoscenza e di accettare tutte le condizioni previste dal Regolamento di accesso al Servizio;

In caso di necessità, si prega di contattare le seguenti persone:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico

Allega:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) ISEE Ordinario;
- 3) Ogni documento attestante la presenza di patologia e/o lo stato di disabilità/inabilità/non autosufficienza ed utile ai fini della valutazione dell'istanza.

Luogo e data _____

FIRMA

INFORMATIVA

(Informativa a norma dell'art.13 del D.L.vo n. 196/2003 per la protezione dei dati personali)

Si informa che, il trattamento, la raccolta ed il trattamento dei dati personali è finalizzata unicamente alla eventuale concessione della prestazione/servizio. Pertanto, il conferimento dei dati è assolutamente necessario per l'attivazione del servizio di che trattasi e la loro mancata indicazione determinerebbe l'impossibilità a proseguire la procedura e l'inevitabile archiviazione dell'istanza.

Il trattamento dei dati personali avverrà presso l'Ufficio di Piano dell' Ambito Territoriale 7, titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per proseguire le predette finalità. I dati potranno essere comunicati al responsabile del procedimento. Detti dati dovranno essere comunicati agli incaricati del servizio e potranno essere conosciuti dai responsabili incaricati dell'Ente e da quanti coinvolti nel procedimento in argomento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.L.vo n. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, errati o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richiesta all' AMBITO TERRITORIALE 7 Ufficio di Piano, Via Pacelli n. 3 – 74024 Manduria (TA).

(Barrare la casella che interessa)

- Do' il consenso
- Nego il consenso

Luogo e data _____

Firma
