

Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Manduria, Maruggio, Sava, Torricella, ASL TA

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 | | |  | | | Nome |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | |  | | | | | Prov. | |  | | il | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | |  | | | | | | | | | | |  | Prov. | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | CAP | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| C.F./ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **🞏 per se; 🞏 per il tramite del familiare/tutore/ (*specificare)*** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | |  | | | Nome |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | |  | | | | | Prov. | |  | | il | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | |  | | | | | | | | | | |  | Prov. | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | |  | | | | | | | | CAP | | | | |  | |
|  |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | e-mail |  | | | | | | | | | | | | |

**C H I E D E**

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 disabiltà/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