



SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

per conto della persona di seguito indicata

OPPURE

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

Campi obbligatori (inserire i dati del Destinatario del servizio di Telesoccorso)

nato/a a _____ (____) il _____

Cognome da sposata (facoltativo) _____

nato/a a _____ (____) il _____

SESSO: F M ; STATO CIVILE: _____;

è necessario indicare la località e l'indirizzo in cui sarà installato l'apparato. Questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza del richiedente.

Comune di _____ CAP _____

indirizzo _____, n. _____, telefono fisso _____

è possibile indicare la residenza del richiedente se diversa dall'ubicazione dell'apparato.

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n. _____, telefono _____

Campo obbligatorio: recapito telefonico di almeno 1 amico, parente, vicino di casa o soccorritore

1) Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____

Tel. _____

È possibile indicare quale medico di medicina generale segue il richiedente del servizio.

Medico di medicina generale dott. _____

indirizzo _____, n. _____ (____)

**presenta domanda di attivazione del servizio di telesoccorso e telecontrollo,
ai sensi della L.R. n. 26/1987**

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, **che per la persona interessata ricorrono le seguenti condizioni:**

BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO

- di vivere solo o in coppia sola;
- di essere convivente di persona già utente del servizio TSO-TCO o che ne ha chiesto l'attivazione (nominativo della persona convivente: _____);
- di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri): _____;
- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;

- di essere a conoscenza della regolamentazione comunale relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio di TSO-TCO;
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE familiare (per i Comuni che prevedono una contribuzione a carico dell'utente);
- di essere a conoscenza che il Settore Servizi Sociali si riserva di effettuare attività di controllo in merito a quanto dichiarato nella dichiarazione ISEE ai sensi dell'art. 43 DPR 445/2000 e di essere consapevole altresì che l'irregolarità della dichiarazione comporta la mancata erogazione delle richieste prestazioni, con obbligo di restituzione dei benefici economici conseguiti in base alla irregolare dichiarazione, ferma restando ogni conseguenza di legge in merito all'accertamento della falsità della dichiarazione stessa ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 si attesta che:

La presente firma è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____
 documento di identità _____

La domanda è stata presentata/spedita unitamente a copia fotostatica di documento di identità valido del richiedente.

Il ricevente

Da compilarsi a cura del Servizio Sociale

SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA

Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità.

Campi obbligatori:

- L'Ente Locale ha deliberato la gratuità del servizio per tutti gli utenti.
- L'Ente Locale ha deliberato la partecipazione dell'utenza al costo del servizio. Pertanto, vista la documentazione relativa all'ISEE familiare, il servizio sarà:
 - gratuito;
 - a pagamento per il%
 - ISEE NON PRESENTATO: pagamento 100%

INDICARE ORIENTATIVAMENTE IL LIVELLO DI

AUTOSUFFICIENZA: TOTALE PARZIALE NULLA NON DEFINITA

Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- Affermazioni del richiedente
- Affermazioni di parenti/conoscenti
- Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

ALTRE INFORMAZIONI UTILI per l'efficace svolgimento del servizio di telesoccorso e telecontrollo:

Il Responsabile del Servizio Sociale _____

Modulo domanda telesoccorso e telecontrollo



FORMULA DI CONSENSO

PER TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art.10 della Legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, con riferimento al servizio in oggetto, dichiarando di avere avuto, in particolare, che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art.22 della legge citata e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute".

Luogo _____ Data _____

Nome _____ Cognome _____

Firma
