

Richiesta iscrizione al servizio di TELEASSISTENZA

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese

Piazza degli Eroi, 5

20019 Settimo Milanese

pec: protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Settimo M.se, via/p.zza _____ n. _____

Codice Fiscale (solo se beneficiario) _____

Rec. telefonici _____

e-mail/pec _____

☐ chiedo il Servizio di Teleassistenza per me stesso e per il mio nucleo familiare (*oppure*)

☐ chiedo il Servizio di Teleassistenza per conto del beneficiario sotto riportato:

Nome e cognome _____

Nato/a a - il _____

Residente a Settimo M., via/p.zza _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici _____

A tal fine **DICHIARO** di aver preso visione delle modalità di erogazione del servizio, approvate dal Comune e, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in materia di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. **445/2000**), per ciò che riguarda le dichiarazioni qui unite e rese ai sensi degli artt. **46** e **47** del D.P.R. **28/12/00** n. **445**, dichiaro altresì:

- ☐ di aver compiuto 70 anni, essere in condizioni di ridotta autonomia personale, di solitudine e/o con rete di rapporti familiari insufficiente ai propri bisogni
- ☐ di non avere ancora compiuto 70 anni ma di essere riconosciuto invalido civile al _____%, tale da comportare limitazioni dell'autonomia personale e dell'autosufficienza (*in questo caso occorre allegare obbligatoriamente copia del verbale d'invalidità*)
- ☐ di essere solo, in condizioni di fragilità rispetto all'autonomia personale e di vivere in una condizione di isolamento sociale;
- ☐ di avere un valore ISEE in corso di validità pari a € _____.



Comune di
Settimo Milanese



Il Richiedente

(firma per esteso e leggibile) _____

Allegati:

- ☐ Copia certificazione invalidità;
- ☐ Copia attestazione ISEE.

N.B.

L'istanza può essere presentata solo a seguito di esame preliminare da parte del Servizio Sociale di Base, che viene riassunto con la firma della seguente sezione, da parte dell'Assistente Sociale di riferimento:

Si attesta che la presente istanza è stata sottoposta a valutazione da parte del Servizio Sociale di Base, con il seguente esito:

- ☐ Si riscontrano i requisiti per l'erogazione del servizio, perché cittadino:
 - ☐ Già 70enne con ridotta autonomia personale e rete familiare insufficiente;
 - ☐ Non ancora 70enne ma invalido civile al _____% con limitata autonomia ed autosufficienza;
 - ☐ Solo, in condizione di fragilità e di isolamento sociale.
- ☐ Non si riscontrano i requisiti per l'erogazione del servizio.

L'Assistente Sociale

Il funzionario incaricato _____ (cognome/nome) attesta che la sottoscrizione è stata:

- ☐ apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, mediante conoscenza personale;
- ☐ è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, che ha esibito il documento di identità tipo _____ n. _____ del _____ Ente rilasciante _____.
- ☐ sottoscritta dal dichiarante prima della presentazione all'ufficio ed è stata allegata fotocopia del documento di identità tipo _____ n. _____ del _____ Ente rilasciante _____.



Comune di
Settimo Milanese

**Il Funzionario**

(firma per esteso e leggibile) _____

Si informa che i dati personali acquisiti vengono trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali e sue successive modifiche e integrazioni (D.Lgs. 196/03 da ultimo aggiornato dal D.Lgs. 101/18) nonché dai provvedimenti emanati dall'Autorità Garante.

L'informativa estesa relativa al trattamento dati personali effettuato è disponibile presso la sede del Titolare ovvero nella sezione Privacy raggiungibile attraverso il link <https://comune.settimomilanese.mi.it/privacy/>

☐ **UTENTE PRIVATO (servizio a carico utente)**

☐ **UTENTE SERCOP (servizio a carico Ente)**

SCHEDA PER RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO UTENZA INVIATA DAL:

COMUNE DI SETTIMO MILANESE TEL 02/33509226-244

1) DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome e NomeCognome da Coniugata

Nato/a ila.....stato civile.....

Residente ain Vianr.....

Località.....TelCell.....

2) DATI ANAGRAFICI CONVIVENTE

Cognome e NomeCognome da Coniugata

Nato/a ila.....stato civile.....

Altro Recapito Tel.....Cellulare.....

3) DATI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ALLACCIAMENTO

a) Persona da contattare per l'attivazione (parenti, vicini, ecc.)

Cognome e Nome

Tel

Cellulare.....

b) Assistente Sociale Responsabile del caso

Cognome e Nome

Tel.....

c) Medico di base

Cognome e Nome

Tel abitazione.....

Tel ambulatorio.....

Tel Cellulare..... Altri recapiti.....

(Continua scheda utente)

nome e cognome

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

a) Nominativi Potenziali Soccorritori (parenti, vicini, amici ecc):

*C : evidenziare con SI O NO chi ha le chiavi

*PRIORITA': segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza.

Cognome e Nome	Via	Paese	Tel.Abit	Tel.Uff.	C*	Priorità*

Assistenza domiciliare/infermieristica:

Cognome e Nome	Giorno e h. di presenza dall'Ut.	Tel.Abit	Tel.Uff.	Chiavi	Ente

b) Parrocchia di appartenenza

..... telefono.....

c) Patologie utente

.....
.....

d) Patologie convivente

.....

e) Altre segnalazioni e/o telefoni utili

.....

Data.....

Firma.....