AL SINDACO DEL COMUNE DI SELVAZZANO DENTRO	Spazio per protocollazione (Riservato all'Ufficio)

SERVIZIO DI TELESOCCORSO E TELECONTROLLO

Il\la sottoscritto/a _____ C.F. |__|__|__|__| __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cognome da sposata (facoltativo) _____

nato/a a _____ (___) il _____ sesso: ☐F ☐ M

stato civile: _____residente nel Comune di Selvazzano Dentro via\P.zza _____

_____ n. _____ telefono fisso _____

domiciliato\a (ovvero dove ubicare l'apparato se diversa dalla residenza) a Selvazzano Dentro via\P.zza

_____ n. _____ telefono fisso _____

Campo obbligatorio: recapito telefonico di almeno 1 amico, parente, vicino di casa ecc.

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

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

Medico di medicina generale dott.\ssa _____ _____

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 responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/00 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 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 la persona interessata:

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;
- ☐ che il valore dell'ISEE familiare attuale è di € _____;
- ☐ di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE familiare (per i Comuni che prevedono una contribuzione a carico dell'utente);

DICHIARA inoltre

- Di essere a conoscenza che con Deliberazione della Giunta Comunale n. 167 del 21.10.2009 è stato approvato e successivamente sottoscritto un Protocollo d'Intesa con la Guardia di Finanza di Padova per effettuare controlli in merito alle dichiarazioni dei redditi percepiti da persone e/o nucleo familiare beneficiari di prestazioni sociali agevolate.

- Dichiara inoltre di essere a conoscenza della decadenza dai benefici concessi qualora da controlli effettuati dovesse emergere la non veridicità delle dichiarazioni sottoscritte con la presente (art. 75 DPR 445/2000).

Data ____/____/____

il\la richiedente

_____

☐ Annotazione estremi documento di identità _____
☐ Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____
☐ Allegata copia del documento di identità _____
☐ La domanda è stata spedita unitamente a copia fotostatica di documento di identità valido del\la richiedente.

IL FUNZIONARIO

_____

Da compilarsi a cura del Settore Servizi alla Persona – Ufficio Servizi Sociali

☐ **Visto il certifico medico allegato, si richiede l'attivazione con procedura di urgenza**
(Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità).

Campi obbligatori:
☐ Il Comune di Selvazzano Dentro 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 25.%
☐ a pagamento per il 50%
☐ a pagamento per il 75%
☐ a pagamento per il 100%
☐ 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 _____