Amministrazione destinataria

Comune di Seregno

Ufficio destinatario

Gestione Amministrativa Servizi Sociali

Domanda di accesso al servizio di teleassistenza

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'accesso al servizio di teleassistenza

Soggetto interessato

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

da attivare presso

Indirizzo

- ○ l'indirizzo di residenza del beneficiario
- ○ altro indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

- ☐ da solo
- ☐ coniuge
- ☐ figli
- ☐ altri parenti

  Specificare

  Grado di parentela

- ☐ altro *(specificare)*

- ☑ che il beneficiario del servizio
  - ☐ risulta essere
    - ○ autosufficiente
    - ○ parzialmente autosufficiente
    - ○ non autosufficiente
  - ☐ è stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni

    Motivazione
  - ☐ ha presentato domanda per essere ospitato in una struttura sociosanitaria
  - ☐ ha chiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare
  - ☐ è consapevole della regolamentazione relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio di teleassistenza

che il beneficiario

- ○ chiede il riconoscimento di una tariffa agevolata essendo in possedere al seguente ISEE per prestazioni sociosanitarie (*)

Importo	Data di rilascio	N. di protocollo INPS
€		

- ○ si impegna a produrre la dichiarazione ISEE entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, consapevole che in caso di mancata presentazione entro i termini sopra indicati verrà applicata la tariffa massima prevista
- ○ non vuole predisporre l'attestazione ISEE ed è consapevole che in mancanza di tale documento verrà applicata la tariffa massima prevista

☑ che il beneficiario è

☐ curato dal medico di medicina generale

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

☐ in carico all'assistente sociale

Cognome	Nome

COMUNICA

i recapiti di almeno una persona di riferimento da contattare in caso di necessità
(parente, amico, vicino di casa, soccorittore)

☐ soggetto di riferimento

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Relazione o grado di parentela

☐ ulteriore soggetto di riferimento

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Relazione o grado di parentela

☐ ulteriore soggetto di riferimento

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Relazione o grado di parentela

☐ ulteriore soggetto di riferimento

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Relazione o grado di parentela

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Seregno		