All’Unione dei Comuni Alta Sabina

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modulo di domanda**

**INDIVIDUAZIONE BENEFICIARI**

## del

## SERVIZIO DI TELESOCCORSO E TELEASSISTENZA DOMICILIARE

## DEI SOGGETTI FRAGILI

**PROGETTO “ChiAMACI”**

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nelComunedi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico di base: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assistente sociale di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caregiver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'attivazione del servizio di “Teleassistenza e Telesoccorso”.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA** di

* essere anziano/a con limitata autonomia personale e sociale, sole o assistite parzialmente;
* essere anziano/a affetto/a da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza;
* essere persona adulta affetta da patologie croniche invalidanti o colpite da minorazioni;
* essere persona adulta in situazione di grave emarginazione o disagio sociale;

Il/La sottoscritto/a allega alla presente i seguenti documenti:

* attestazione ISEE, ai sensi del DPCM 05 dicembre 2013,n.159;
* copia leggibile del documento di riconoscimento in corso divalidità.
* Documentazione medica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

,lì

(luogo) (data)(firma leggibile delrichiedente)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto autorizza l’Unione dei Comuni Alta Sabina, nella sua funzione di Ente Capofila dell’Ambito Territoriale Reti 3,per le finalità di cui alla presente procedura, al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Il Responsabile del Trattamento dei dati è la dott.ssa Elena Braconi

,lì

(luogo) (data)(firma leggibile delrichiedente)