



COMUNE DI BASIGLIO



Ambito  
Distrettuale  
Visconteo  
Sud Milano

Spettabile  
Comune di Basiglio  
Servizi alla Persona,  
Piazza Leonardo da Vinci 1  
20079 Basiglio

**MODULO DI RICHIESTA PER IL SERVIZIO DI TELESOCORSO**

(CAT.VII/12/31)

**Il /la sottoscritto/a richiedente**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Indicare l'operatore gestore del contratto telefonico \_\_\_\_\_

Per conto di:

SE STESSO

FAMILIARE SOTTO RIPORTATO

**Sig./Sig.ra beneficiario/a**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Indicare l'operatore gestore del contratto telefonico \_\_\_\_\_

## **RICHIEDE**

L'attivazione del servizio di Teleassistenza riservato alle persone che abbiano compiuto 70 anni di età, oppure, che si trovino in condizione di limitata autonomia personale in quanto il/la beneficiario/a del servizio:

- Vive solo/a;
- In possesso del riconoscimento di invalidità civile;
- Si trova in condizione di limitata autonomia personale;
- Si sono verificati episodi di pericolo e/o di incolumità dello/a stesso/a;

## **DICHIARA**

- Di dare il consenso ad inviare alla ditta incaricata dal Comune l'allegata scheda tecnica necessaria all'attivazione del servizio;
- Di dare il consenso al trattamento dei dati sensibili per le finalità e con le modalità specificamente indicate nell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- Di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

## **ALLEGA ALLA DOMANDA**

- Scheda informativa necessaria all'attivazione del servizio debitamente compilata e sottoscritta;
- Copia carta d'identità del richiedente;
- Fotocopia del verbale di invalidità civile dell'ASL territoriale o eventuali certificazioni mediche;

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**SCHEMA TECNICA DA INOLTARE ALLA DITTA AFFIDATARIA DEL SERVIZIO DI TELEASSISTENZA**

**DATI ANAGRAFICI UTENTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Cognome da coniugata (*se ricorre il caso*) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Patologie \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI CONVIVENTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Cognome da coniugata (*se ricorre il caso*) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Patologie \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ALLACCIAMENTO**

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

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**b) Assistente Sociale Responsabile del caso (esclusivamente se si tratta di caso in carico ai servizi)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**c) Medico di base**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Ambulatorio \_\_\_\_\_

Cel. \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

<b>ALTRI DATI DI CUI SAREBBE UTILE LA COMUNICAZIONE (non obbligatoria)</b>
Nome e Cognome _____ Indirizzo _____ Recapiti telefonici _____; _____; Priorità ( <i>segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza</i> ) _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome _____ Indirizzo _____ Recapiti telefonici _____; _____; Priorità ( <i>segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza</i> ) _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome _____ Indirizzo _____ Recapiti telefonici _____; _____; Priorità ( <i>segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza</i> ) _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome _____ Indirizzo _____ Recapiti telefonici _____; _____; Priorità ( <i>segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza</i> ) _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE/INFERMIERISTICA</b>
Nome e Cognome _____ Giorno e orario di presenza dall'utente _____ Recapiti telefonici _____; _____; Ente _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome e Cognome _____ Giorno e orario di presenza dall'utente _____ Recapiti telefonici _____; _____; Ente _____ Chiavi ( <i>indicare se possiede le chiavi</i> ) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>Parrocchia di riferimento</b> _____ Tel. _____
--

<b>Altre segnalazioni e/o telefoni utili</b> _____ _____ _____
--

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Basiglio che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 02904521 Indirizzo PEC: [basiglio@postacert.comune.basiglio.mi.it](mailto:basiglio@postacert.comune.basiglio.mi.it)

Il DPO (Responsabile della protezione dei dati) del Comune di Basiglio è l'Ing. Bono, [amministrazione@bgtech.it](mailto:amministrazione@bgtech.it)

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e del Regolamento 2016/679), nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- Sono trattati da personale del comune appositamente autorizzato e/o da ditte e professionisti esterni individuati Responsabili del trattamento dal Comune stesso in modalità cartacea e digitale;
- Sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e nel rispetto degli obblighi di legge correlati;
- Sono soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi

Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente. Ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy

Firma.....