



# COMUNE DI MONTANO LUCINO

PROVINCIA DI COMO  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

## MODULO PER ACCESSO A INTERVENTI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITÀ RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ E ALLE PERSONE ANZIANE AI SENSI DEL REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERA C.C. n.55 del 27.12.2023 - SERVIZIO TELESOCCORSO

Comune di Montano Lucino  
Area Servizi alla Persona  
Ufficio Servizi Sociale  
Via Liveria, 7  
22070 Montano Lucino (CO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_,  
Via/piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

- Per sé
- In qualità di \_\_\_\_\_ del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_,  
in Via/piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_;

### L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO

- Rete fissa
- Rete mobile

### DI PRENDERE ATTO

- Che il Servizio richiesto prevede una quota di compartecipazione determinata dai parametri stabiliti dal Regolamento comunale approvato con delibera C.C. n.55 del 27.12.2023;
- Che il Servizio viene erogato in collaborazione con Croce Rossa sez. Lurate Caccivio, sede della Centrale di soccorso;

### DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto da:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE

- Che il proprio ISEE con scadenza il \_\_\_\_\_ è pari a € \_\_\_\_\_  
*Dato atto che la dichiarazione ISEE ha validità annuale con scadenza al 31/12, si precisa che nei mesi di gennaio, febbraio e marzo verrà applicata l'agevolazione dell'anno precedente in attesa di nuova dichiarazione. La stessa dovrà essere tassativamente presentata entro il 31/3 al fine di poter conguagliare per il primo trimestre eventuali somme dovute o da rendere;*
- Di aver assegnato come medico di base il Dott. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_;
- Di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con grado di invalidità \_\_\_\_\_ % come da allegato verbale



# COMUNE DI MONTANO LUCINO

PROVINCIA DI COMO  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

- Con indennità di accompagnamento;                       Senza indennità di accompagnamento;
- Che tra i componenti dello stato di famiglia sopra indicato è presente, quale altra persona invalida civile ( \_\_\_\_\_%), il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (come da allegato verbale)
  - Con indennità di accompagnamento
  - Senza indennità di accompagnamento
  - Nessun'altra persona
- Di impegnarsi, quale possibile fruitore del servizio a domanda individuale richiesto, a corrispondere al Comune la quota di compartecipazione;
- Di essere a conoscenza che il Comune potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti;

### **ALTRO:**

- Per urgenze, contattare \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ ;
- In caso di necessità, le chiavi di accesso all'abitazione sono c/o \_\_\_\_\_ ;  
\_\_\_\_\_ ;
- Altri recapiti telefonici da segnalare \_\_\_\_\_ ;

### **SI IMPEGNA A:**

Comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di natura socio-familiare, economica, ovvero il decesso del beneficiario all'Ufficio Servizi Sociali, compilando il modulo di disdetta predisposto.

Alla domanda dovrà essere allegata tutta la documentazione ritenuta utile all'atto della presentazione della stessa. In particolare sono richiesti:

1. Attestazione ISEE del nucleo familiare;
2. Documento d'identità e/o permesso di soggiorno del destinatario del servizio;
3. Codice fiscale della persona per la quale si fa richiesta di servizio;
4. Copia di verbale che attesti l'invalidità civile, la disabilità o la condizione di disagio;
5. Modulo attivazione linea predisposto dal fornitore individuato per il servizio;
6. Ogni altro documento necessario a comprovare lo stato di bisogno.

### **DICHIARA ALTRESÌ**

- Di aver preso visione del vigente Regolamento in materia di Servizi Sociali approvato con Delibera C.C. n. \_\_\_\_\_ ;
- Di essere consapevole che quanto espresso nel presente modulo corrisponde a verità ed è accertabile ai sensi degli artt. 43,45, 46 e 47 del DPR445/00 e di essere consapevole delle responsabilità penali conseguenti ad eventuali dichiarazioni false e/o mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del sopracitato DPR;
- Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli da parte dell'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00;
- Di essere consapevole dell'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alle informazioni inserite nel presente modulo o comunque dichiarate all'Assistente Sociale all'atto di presentazione della domanda, anche successivamente all'eventuale ammissione al beneficio;
- Di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e del Decreto 101/2018 del 10/08/2018 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento dei dati personali è: il Comune di Montano Lucino; il responsabile del trattamento dei dati personali è il Responsabile Area Servizi alla Persona – Istruzione - Cultura: Dott.ssa Silvia Pozzoni;

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montano Lucino, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati personali, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati da Regolamento in materia di protezione dei dati personali. L'informativa completa è disponibile presso gli sportelli degli uffici o sul sito internet del comune: [www.comune.montanolucino.co.it](http://www.comune.montanolucino.co.it)

Data:

Firma: