



Comune di Giovinazzo  
Ass. alla Solidarietà Sociale

**Ambito Territoriale n.1 Piano Sociale di Zona  
A.S.L. BA**



Comune di Molfetta  
Ass. ai servizi Socio-Educativi

Allegato B

PO FESR 2007-2013 – Regione Puglia Linea di Intervento 3.2 Azione 3.2.1

*Progetto: Monitoraggio Telematico Dei Soggetti Fragili*

**DOMANDA PER IL SERVIZIO  
DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA**

**ALL'AMBITO "Molfetta -Giovinazzo"  
- UFFICIO DI PIANO -**

**Per il tramite del COMUNE DI**

\_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via/p.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza (*Regolamento approvato con delibera del Coordinamento Istituzionale n. 15 del 11/09/2015*)

in favore di : (*barrare la voce che interessa*)

se stesso

del familiare di seguito indicato:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

in quanto: (*barrare la voce che interessa*)

- Persona anziana con limitata autonomia personale e sociale, sola o assistita parzialmente.
- Persona anziana affetta da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza.
- Persona adulta affetta da patologie croniche invalidanti o colpita da minorazioni.
- Persona adulta in situazione di grave emarginazione o disagio sociale.

Dichiara che l'abitazione in cui sarà installato il dispositivo è ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ in via/piazza/corso/..... n. \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è così composto (riportare i dati di tutti i componenti, compreso il dichiarante, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000 e s.m.i.):

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Rapporto di parentela
1		
2		
3		
4		

che è consapevole che potranno essere eseguiti controlli da parte dell'Ambito e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto dichiarato; che nella dichiarazione sostitutiva sono stati dichiarati tutti i redditi provenienti da beni mobili e immobili (anche quote) di proprietà di coloro che fanno parte del nucleo familiare, consapevole che potranno essere eseguiti controlli da parte dell'Ambito e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto dichiarato;

di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune, per iscritto, ogni variazione del nucleo familiare o della situazione economica del nucleo, anche tramite delega ai Centri di Assistenza Fiscale autorizzati.

#### Alla presente allega:

- Attestazione ISEE, con allegata dichiarazione, valida per il periodo di riferimento, rilasciata dall'INPS o da un CAF legalmente riconosciuto (copia in originale con timbro e firma di chi lo rilascia).
- Verbali di Commissioni Sanitarie (certificazione d'invalidità, certificazione relativa al possesso della Legge 104/92, sentenze Tribunale, ecc...);
- Certificazione del Medico di Medicina Generale che attesti la necessità della fruizione della prestazione aggiuntiva, così come previsto dall'art. 88 del R.R.n°4/2007 e s.m.i.
- Copia di un documento d'identità del richiedente (contenente la firma e la foto riconoscibile) in corso di validità.

#### INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N° 196

Ai sensi dell'art.13 D. Lgs. Giugno 2003, n° 196, la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Data, \_\_\_\_\_ Firma