

2009



DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

PARTE RISERVATA all'UFFICIO del SETTORE SERVIZI DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI E DISABILI

Data di arrivo / Prot.	Determinazione	Data di attivazione del servizio
IRSEE	QUOTA mensile	

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELEASSISTENZA

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via/fraz. _____ n° _____

CF _____ n° di telefono _____

CHIEDE di essere ammesso/a al servizio di TELESOCORSO/TELEASSISTENZA e al fine della determinazione della quota dovuta

DICHIARA

di allegare il modello ISEE del nucleo familiare;

di usufruire dei seguenti importi annuali relativi a:

1. rendita INAIL Euro _____

2. provvidenze di cui alla l.r. n. 19/2007:

indennità di accompagnamento Euro _____

indennità _____ Euro _____

pensione invalidità Euro _____

pensione inabilità Euro _____

pensione _____ Euro _____

altro _____ Euro _____

di non usufruire di alcun beneficio economico tra quelli previsti al punto precedente.

di non voler allegare il modello ISEE e di voler pagare la tariffa massima;

DICHIARA INFINE:

- di essere consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 39 della legge regionale 6 agosto 2007 n. 19 per l'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni non rispondenti al vero in relazione a quanto qui di seguito indicato. A tal proposito l'amministrazione si riserva il diritto di effettuare un controllo a campione sulle domande pervenute al fine di verificare la veridicità di quanto in esse dichiarato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite e la veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché confronti dei dati reddituali indicati con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;

Il/La sottoscritt__ produce certificazione sanitaria, se necessaria, che attesta patologie invalidanti.

Chiede di addebitare la fattura su conto corrente bancario e allega la relativa documentazione.

Chiede di pagare tramite conto corrente postale.

Dati di un familiare di riferimento (figlio o nipote...): _____

n° di telefono o di cellulare o d'ufficio (specificare): _____

residente a _____ CAP _____

via /fraz. _____ n° _____

IL DICHIARANTE

_____, li _____

N.B. AI SENSI DELL'ART.35, COMMA 1 DELLA LEGGE REGIONALE 6 AGOSTO 2007 N. 19 IL SOTTOSCRITTO DEVE ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ OPPURE APPORRE LA PROPRIA FIRMA DIRETTAMENTE IN PRESENZA DI UN INCARICATO DELLA COMUNITÀ MONTANA.

INFORMATIVA AI SENSI DEL decreto legislativo 30 giugno 2003 N. 196

Il conferimento dei dati personali richiesti nel presente modulo è obbligatorio: l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di erogare il servizio stesso.

I dati di cui trattasi non verranno diffusi bensì comunicati alla ditta che gestisce il servizio – Tesan SPA - ed al comune di residenza.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 dello stesso decreto.