



*Comune di Casalpuusterlengo*

Provincia di Lodi

*RICHIESTA*

*ATTIVAZIONE*

*SERVIZIO*

*ASSISTENZA DOMICILIARE*

 SAD ASSC

Sig./ra \_\_\_\_\_

Con la presente il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... /..... /..... Cod. Fisc. .... e residente a ..... in via/p.zza ..... n. .... Tel. .... in qualità di:

diretto interessato

parente (specificare .....)

del Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il ..... /..... /..... Cod. Fisc. .... e residente a ..... in via/p.zza ..... n. .... Tel. ....

#### CHIEDE

L'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a favore di \_\_\_\_\_, sopra evidenziato.

#### A tale fine dichiara:

- 1) Di essere consapevole che la retta mensile è definita sulla base del quantitativo di accessi avvenuti nel mese di riferimento per un massimo di 50 minuti ad accesso;
- 2) Di impegnarsi a provvedere al pagamento delle somme dovute così come definita dall'Amministrazione Comunale e richieste dall'ASSC;
- 3) Di scegliere la seguente forma di pagamento:

**BONIFICO BANCARIO;**

**ADDEBITO IN C/C** (Autorizzazione permanente di addebito in c/c - disposizioni Sepa Direct Debit "core") - contattare ASSC per l'attivazione dell'addebito in conto.

Di **AUTORIZZARE**, nel caso di scelta della modalità di pagamento con addebito in C/C, sia il Creditore a disporre sul conto sopra indicato (conto di addebito) l'addebito in via continuativa, che la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscrittore ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto, ed entro 8 settimane dalla data di addebito.

- 4) Di richiedere l'applicazione di una tariffa agevolata secondo il criterio I.S.E.E.. A tal fine allego alla presente copia della relativa attestazione il cui valore ISEE è di \_\_\_\_\_;
- 5) Di prendere atto che l'eventuale retta agevolata sarà applicata dal mese successivo alla consegna della dichiarazione reddituale ISEE nel caso in cui il servizio fosse già attivo. Le prestazioni ricevute precedentemente saranno a retta massima.

#### Dichiara altresì:

(in caso il servizio di assistenza domiciliare richieda la preparazione del pasto) che a seguito dell'esistenza di possibili patologie e disturbi, come il diabete, le intolleranze alimentari, le allergie, l'obesità, la malnutrizione, l'iperuricemia (gotta), l'epatopatia, la nefropatia, la dislipidemia e tante altre, il fruitore del servizio di assistenza domiciliare previa verifica con il proprio medico di base:

non necessita di una alimentazione particolare e più accurata;

- necessita di una alimentazione particolare e più accurata, pertanto ci si impegna a far pervenire il certificato medico che attesti la patologia e definisca in modo chiaro l'elenco degli alimenti consentiti.

Casalpusterlengo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Richiedente/Debitore

**Dichiarazione di avvenuta informazione circa il trattamento di dati personali (Regolamento UE 2016/679 – D. Lgs 2003/196 come integrato e modificato del D.Lgs 2018/101)**

La/Il sottoscritt..... ..

Dichiara di aver preso visione dell'informativa esposta e a richiesta, disponibile in copia, prevista dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati):

- di essere stato quindi informata/o della vigente disciplina in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario;
- di aver preso visione della necessità del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso dell'istruttoria e dell'espletamento della pratica;
- di disporre dei riferimenti identificativi del titolare del trattamento dei dati, cui eventualmente far capo per richiedere la cancellazione o la modificazione in forma anonima dei dati che la/o riguardano;
- di esprimere il consenso all'eventuale elaborazione ai fini statistici e in forma anonima dei dati, finalizzata al miglioramento del servizio stesso;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati che la/o riguardano in quanto necessario per i fini relativi alla richiesta inoltrata.

Casalpusterlengo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Decreto Legislativo n. 196/2003 art. 84 comma 2*

In caso di incapacità di agire, ovvero impossibilità fisica o di incapacità di intendere o di volere, il consenso al trattamento dei dati idoneo a rivelare lo stato di salute è validamente manifestato nei confronti di esercenti le professioni sanitarie e di organismi sanitari, rispettivamente, da chi esercita legalmente la podestà ovvero da un familiare, da un prossimo congiunto, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora.

Casalpusterlengo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PERSONE DI RIFERIMENTO**

➤ Nominativo: .....

Indirizzo: .....

Recapito Telefonico: .....

Grado di Parentela: .....

➤ Nominativo: .....

Indirizzo: .....

Recapito Telefonico: .....

Grado di Parentela: .....

➤ Nominativo: .....

Indirizzo: .....

Recapito Telefonico: .....

Grado di Parentela: .....

➤ Nominativo: .....

Indirizzo: .....

Recapito Telefonico: .....

Grado di Parentela: .....