



Comune di Casalpuusterlengo

Provincia di Lodi

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Servizio erogato dall' Azienda Speciale di Servizi di Casalpuusterlengo

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 della persona per cui si richiede l'attivazione del servizio
(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 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;

RICHIEDE

- 1) La seguente modalità di pagamento:
 - BONIFICO BANCARIO;**
 - ADDEBITO AUTOMATICO IN CONTO CORRENTE** (compilare l'allegato modulo);
- 2) L'applicazione di una tariffa agevolata secondo il criterio dell'I.S.E.E., il cui valore è di _____ e di cui si allega copia;

PRENDE ATTO

- 1) 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;
- 2) Che, nel caso in cui il servizio di assistenza domiciliare richieda la preparazione del pasto, 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 dimori.

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:

Appendice I: Fac-simile di mandato SEPA CORE DIRECT DEBIT

Esempio di Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT Opzione allineamento elettronico archivi (Servizio SEDA)

RIFERIMENTO MANDATO*: SERVIZIO <u>045814</u> <i>(da completare a cura del Creditore)</i>	AZIENDA SPECIALE DI SERVIZI DI CASALPUSTERLENGO	
Cognome e Nome/Ragione Sociale del Debitore*:		
Indirizzo*: Via/C.so/P.zza/Largo		
CAP:	Località:	
Provincia:	Paese:	
Titolare del Conto Corrente*:	(indicare IBAN)	
Presso la Banca:		
Codice SWIFT (BIC)*:		
Codice fiscale/partita IVA del Debitore*:		

Ragione Sociale del Creditore*: **AZIENDA SPECIALE DI SERVIZI DI CASALPUSTERLENGO**

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*: **IT950010000011824270158**

Sede Legale: **VIALE FLEMING 2 – 26841 – CASALPUSTERLENGO – (LO) - ITALIA**

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- Il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato*
 - ✓ **Addebiti in via continuativa** ○
 - Un singolo addebito
- 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 Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato. Secondo quanto previsto nel suddetto contratto: eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Cognome e nome del sottoscrittore:	
Codice fiscale del sottoscrittore:	

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

CASALPUSTERLENGO
Luogo Data* Firma del Debitore*

* I campi indicati con un asterisco sono obbligatori

N.B.: I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:	RISERVATO AL CREDITORE:

Documento: Specifiche funzionali dell'AOS SEDA	Versione 1.0	Data 20/12/2012	Pag. 31/45
--	--------------	-----------------	------------