



RICHIESTA DI SERVIZIO DI TELESOC CORSO

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data nascita

Via/Piazza

numero

Telefono

indirizzo e-mail

Composizione della famiglia:

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela
		DICHIARANTE

CHIEDE

l'installazione presso il proprio domicilio dell'apparecchiatura di TELESOC CORSO

a tal fine DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti (approvati con D.G.C. n. 28/2023):

- ☐ di essere residente nel Comune di Vinovo;
- ☐ nucleo familiare composto da:
- ☐ persona sola o coppia di anziani con età superiore ai 70 anni;
 - ☐ persona disabile o invalida con limitata autonomia personale accertata da medico di medicina generale;
 - ☐ *(in assenza dei requisiti sopra indicati)* segnalazione del servizio sociale competente – N.B.: ALLEGARE RELAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE.
- ☐ di essere in possesso della seguente linea fissa telefonica:
- GESTORE NUMERO TELEFONICO
- ☐ di **NON** essere in possesso di linea fissa telefonica e pertanto richiede l'installazione dell'apparecchio dotato di SIM CARD.

- ☐ di essere in possesso di un'attestazione ISEE in corso di validità pari a €/...
[In caso di valore ISEE inferiore a € 5.000,00 il pagamento del costo mensile viene esentato. Gli uffici comunali verificano annualmente la situazione reddituale per tutto il periodo di durata del comodato d'uso dell'apparecchio].
N.B.: in caso di mancata presentazione di attestazione ISEE oppure con valore superiore a € 5.000,00 il canone mensile di utilizzo dell'apparecchio è carico del richiedente.

CHIEDE, INFINE

che l'installazione venga preventivamente concordata con il seguente Sig./Sig.ra.:

COGNOME e NOME TEL

ALLEGA

- ☐ Scheda compilata dal medico di medicina generale.
☐ autorizzo il mio medico curante a fornire le notizie richieste.
☐ Scheda con i delegati da contattare in caso di necessità.
☐ Fotocopia carta d'identità.

Vinovo, lì

Firma

AUTORIZZAZIONE trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara:
di essere informato, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016 e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali forniti sono utilizzati dal Comune di Vinovo. Il trattamento di tali dati avviene mediante modalità cartacea e informatica da parte di personale autorizzato e istruito a tal fine. I dati sono raccolti al fine di perseguire la finalità della presente domanda. Per l'esercizio dei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione o di opposizione al trattamento, consultare l'informativa completa disponibile sul sito www.comune.vinovo.to.it

Vinovo, lì

Firma

AUTORIZZAZIONE trattamento dei dati sensibili dell'utente

Il sottoscritto
acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679, ai sensi del GDPR 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni tra i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "SENSIBILI". Autorizza pertanto l'Associazione TeleHelp ad inserire e a conservare nei propri archivi le informazioni da me liberamente fornite, che potranno essere utilizzate ai fini dello svolgimento delle attività di Telesoccorso. Tutti i dati da Lei forniti saranno trattati mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici. I dati saranno trattati e visionati dall'Associazione TeleHelp, comunque verranno utilizzati al solo scopo di migliorare il servizio stesso e non verranno in alcun modo ceduti ad aziende esterne. I dati saranno utilizzati dall'Associazione TeleHelp nel rispetto dei principi di protezione della privacy stabiliti dal Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 e dalle altre norme vigenti in materia.

Vinovo, lì

Firma

SCHEDA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge, il sottoscritto/a

Dott./ssa (MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

DICHIARA che il /la Signor/a

È affetto/a da patologia/e che consigliano l'adozione di apparecchio di telesoccorso.

PRECISO che il paziente (barrare la casella interessata):

- ☐ è allettato continuativamente
- ☐ non è allettato continuativamente
- ☐ non è allettato
- ☐ si sposta con l'ausilio di dispositivi di supporto alla mobilità

data

Il medico di Medicina Generale
(timbro e firma)

Eventuali comunicazioni dichiarate dal paziente:

.....

.....

per conferma: firma del paziente.....

Allegato B

SCHEDA DELEGATI DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA'

Il/La sottoscritto/a

Delega al possesso delle chiavi della Sua abitazione ed autorizza a prendere qualsiasi decisione in caso di intervento del soccorso:

DELEGATO 1):

COGNOME E NOME in qualità di.....

residente in Vinovo, via.....

telefono n. 1 telefono n. 2

DELEGATO 2):

COGNOME E NOME in qualità di.....

residente in Vinovo, via.....

telefono n. 1 telefono n. 2

Vinovo, lì

Firma

PER CONFERMA: firma dei delegati

Firma delegato 1 _____
(allegare fotocopia carta d'identità)

Firma delegato 2 _____
(allegare fotocopia carta d'identità)