

**PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA
SERVIZIO DI TELEASSISTENZA**

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n. _____
_____	del _____

Inserire i dati del destinatario del servizio di teleassistenza:

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
Cognome da sposata (facoltativo) _____
nato/a a _____ (___) il _____
SESSO: F M ; STATO CIVILE: _____

Indicare la località e l'indirizzo in cui sarà installato l'apparato (questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza del richiedente).

Comune di _____ CAP _____
Indirizzo _____ n. _____ telefono fisso _____

Indicare la residenza del richiedente se diversa dall'ubicazione dell'apparato.

residente a _____ CAP _____
indirizzo _____ n. _____ telefono _____

Recapito telefonico di almeno 1 amico, parente, vicino di casa o soccorritore:

- 1) Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____
Tel. _____
- 2) Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____
Tel. _____
- 3) Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____
Tel. _____

È possibile indicare quale medico di medicina generale segue il richiedente del servizio:

Medico di medicina generale dott. _____
Indirizzo _____, n. _____ (___)

presenta domanda di attivazione del servizio di teleassistenza, in virtù del contratto in essere tra Provincia di Monza e Brianza e la società Tesan s.p.a.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO

- di vivere solo o in coppia sola;
- di essere convivente di persona già utente del servizio di teleassistenza o che ne ha chiesto l'attivazione (nominativo della persona convivente: _____);
- di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri):

_____;
- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;
- di essere a conoscenza della regolamentazione comunale relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio di teleassistenza;
- che il valore dell'ISEE familiare attuale è di € _____ (informazione facoltativa);
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE familiare (per i Comuni che prevedono una contribuzione a carico dell'utente).

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE

Da compilarsi a cura del Servizio Sociale

- SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA**
(Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità)

Campi obbligatori:

- L'Ente Locale ha deliberato la gratuità del servizio per tutti gli utenti.
- L'Ente Locale ha deliberato la partecipazione dell'utenza al costo del servizio. Pertanto, vista la documentazione relativa all'ISEE familiare, il servizio sarà:
- gratuito;
 - a pagamento per il%
 - ISEE NON PRESENTATO: pagamento 100%

INDICARE ORIENTATIVAMENTE IL LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA:

- TOTALE PARZIALE NULLA NON DEFINITA

Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- Affermazioni del richiedente
- Affermazioni di parenti/conoscenti
- Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

Altre informazioni utili per l'efficace svolgimento del servizio di teleassistenza:

Il Responsabile del Servizio Sociale _____