



Comune di Casalpusterlengo

Provincia di Lodi

RICHIESTA

ATTIVAZIONE

SERVIZIO

ASSISTENZA DOMICILIARE

 SAD COMUNALE

 SAD ASSC

Sig./ra _____

Codice identificativo del Creditore: IT200010000001507990156

Creditore: Comune di Casalpusterlengo, P.zza del popolo n. 22, Cap. 26841 Casalpusterlengo (LO) Italia ,
P.Iva 01507990156;

Servizio erogato da ASSC

Seguirà opportuna modulistica per l'attivazione dell'addebito automatico in conto corrente (SEPA).

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 sensibili (Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196)

La/Il sottoscritt.....

Dichiara di aver preso visione dell'informativa esposta e a richiesta, disponibile in copia, prevista dall'art. 13 del decreto legislativo 30/6/03 n. 196 (testo unico sulla privacy), nonché degli articoli 24 (casi di esclusione del consenso) 7-10 (diritti dell'interessato ed esercizio dei medesimi), 4 (dati sensibili), 76 e 84 (dati inerenti la salute):

- 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: