

# **RICHIESTA SERVIZIO DI TELEASSISTENZA**

*(da presentare al comune di residenza)*

Al Comune di .....  
Ufficio di Piano  
Ambito del Magentino  
Piazza Formenti, 3 MAGENTA  
[protocollo@pec.comune.magenta.mi.it](mailto:protocollo@pec.comune.magenta.mi.it)  
PC [ufficiodipiano@comune.magenta.mi.it](mailto:ufficiodipiano@comune.magenta.mi.it)

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Mail (obbligatoria per la ricezione degli Avvisi di pagamento) \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici (anche di parenti o conoscenti- indicare solo se compila il beneficiario)

\_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

O Per se stesso

O In qualità di \_\_\_\_\_ di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Altri recapiti telefonici (anche di parenti o conoscenti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELEASSISTENZA**

A tal fine, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

-che il valore ISEE del beneficiario è pari a € .....  
- che il beneficiario si impegna a pagare la quota di compartecipazione di € .....mensile per il servizio di teleassistenza.

Il beneficiario si impegna inoltre a versare la quota di compartecipazione semestrale secondo la seguente modalità: (barrare la modalità prescelta)

bonifico bancario intestato a Comune di Magenta- Ufficio di Piano IBAN IT96Z0103033322000002001338 Causale: Teleassistenza-“nome utente”-“periodo di reiferimento”;

conto corrente postale n.18876201 intestato a Comune di Magenta- Ufficio di Piano Causale: Teleassistenza-nome utente-periodo di riferimento.

Dichiara inoltre:

- Di essere consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e dichiaro che quanto espresso nella presente domanda di concessione del buono sociale è vero ed accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n° 445 del 2000 ovvero su richiesta delle amministrazioni competenti.
- Di essere a conoscenza che sui dati richiesti potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n° 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata potranno essere eseguiti dei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della guardia di Finanza, presso gli Istituti di credito e di altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 Marzo 1998, N° 109, e 6, comma 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 Maggio 1999 N° 221, e successive modifiche; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del ministero delle finanze.

(luogo)\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (firma )\_\_\_\_\_

**Allegato\_ Documento di identità**

## **Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

Il Titolare del trattamento dei dati sono i Comuni dell'Ambito del Magentino – il Comune di Magenta, Ente capofila del Piano di zona dell'ambito del magentino potrà essere contattato ai seguenti riferimenti:

Telefono: 02.9735266 – Indirizzo PEC: [egov.magenta@cert.poliscomuneamico.net](mailto:egov.magenta@cert.poliscomuneamico.net)

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy@comunedimagenta.it](mailto:privacy@comunedimagenta.it)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità relative all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione di servizi di teleassistenza e telesoccorso ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio di teleassistenza e telesoccorso; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile accedere al servizio richiesto.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile per presa visione\_\_\_\_\_