

**RISERVATO ALL'UFFICIO:**

N° CRON. UTENTE: \_\_\_\_\_

QUOTA A CARICO: € \_\_\_\_\_/DIE

**Spett. CISS-AC**  
Via San Francesco 2  
**10014 CALUSO (TO)**

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE**

**SERVIZIO DI TELESOC CORSO E TELEASSISTENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza istituito dal CISS-AC

☐ per sé stesso      ☐ per il Beneficiario indicato nella documentazione allegata

**Allega a tal fine:**

1. Allegato 1 – scheda utente servizio di telesoccorso e teleassistenza debitamente compilata;
2. Allegato 2 – dichiarazione sostitutiva residenza e stato di famiglia;
3. Allegato 3 – scheda tecnica
4. Allegato 4 – scheda medica (da far compilare a cura del MMG);
5. Allegato 5 – oneri a carico dell'Utente;
6. Allegato 6 – Informativa sulla Privacy;
7. Allegato 7 - Consenso al trattamento dati.

**Il/la sottoscritto/a si impegna** a fornire al CISS-AC (ente gestore del servizio) e alla Coop. Soc. PI.PRO' (erogatrice del servizio) i dati esatti relativi alle generalità, all'abitazione ed ai componenti del nucleo familiare, ai destinatari delle segnalazioni di allarme ed altresì comunicare tempestivamente al CISS-AC eventuali mutamenti di nominativo, indirizzo, numero telefonico e notizie mediche, nonché a sostenere l'onere del servizio che sarà posto a suo carico secondo i criteri stabiliti dal CISS-AC e all'ottemperanza delle regole connesse all'uso del Telesoccorso (v.allegati).

**Data** .....

**Firma** .....

## **SCHEDA UTENTE**

**Nel caso sia accertato che allo stesso servizio di telesoccorso e teleassistenza possano far ricorso uno o più conviventi (esempio: marito e moglie, fratelli conviventi, etc), è necessario sia compilata una SCHEDA UTENTE per ciascun beneficiario, anche in presenza di un solo apparecchio con più telecomandi.**

### **II/La sottoscritto/a**

|                |  |       |    |
|----------------|--|-------|----|
| COGNOME E NOME |  |       |    |
| NATO/A A       |  | PROV. | IL |
| RESIDENTE A    |  | VIA   |    |
| TELEFONO       |  | CELL. |    |

### **In qualità di** *(crocettare la voce scelta)*

|                          |                                                              |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DIRETTO/A INTERESSATO/A                                      | <input type="checkbox"/> | AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO         |
| <input type="checkbox"/> | PROSSIMO CONGIUNTO (specificare il grado di parentela) ..... | <input type="checkbox"/> | VICINO DI CASA                     |
| <input type="checkbox"/> | TUTORE                                                       | <input type="checkbox"/> | ALTRO (specificare) .....<br>..... |

### **Richiede l'attivazione del servizio di TELESOCORSO e TELEASSISTENZA a favore di** *(crocettare la voce scelta)*

☐ **SÉ' STESSO**
                         
 ☐ **DELLA PERSONA SOTTO INDICATA:**

|                |  |       |    |
|----------------|--|-------|----|
| COGNOME E NOME |  |       |    |
| NATO/A A       |  | PROV. | IL |
| RESIDENTE A    |  | VIA   |    |
| TELEFONO       |  | CELL. |    |

### **STATO CIVILE**

### **CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### **Indicare se il Beneficiario:**

☐ vive solo     
 ☐ convive con familiari     
 ☐ ha una badante 24h/24

**Il Beneficiario è già seguito dal Servizio Sociale del CISS-AC?** ☐ SI ☐ NO

**Se SI, indicare da quali figure:** ☐ Assistente Sociale ☐ Assistente Domiciliare

**Indicare almeno n.1 nominativo di una persona di riferimento da contattare in caso di necessità (allarme):**

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

- |                                                                           |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiare (indicare il grado di parentela) _____ |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Amico/Conoscente                                 | <input type="checkbox"/> Assistente Sociale     |
| <input type="checkbox"/> Vicino di casa                                   | <input type="checkbox"/> Assistente Domiciliare |
| <input type="checkbox"/> Volontario                                       | <input type="checkbox"/> Altro ( _____ )        |

residente in \_\_\_\_\_ recapito

telefonico fisso: \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

**Il Destinatario del servizio risiede in una delle seguenti tipologie di abitazione:**  
(crocettare la voce scelta)

**A)** Casa ☐ Rustico/casolare/cascina ☐ Villa/villetta ☐ Palazzina ☐

**B)** Condominio ☐ Scala \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_

In questo caso l'Amministratore del condominio è il Sig. \_\_\_\_\_

tel./cell \_\_\_\_\_ E' residente nello stesso stabile? SI ☐ NO ☐

**C)** Indicare nome e recapito telefonico di una persona che disponga di una copia delle chiavi di ingresso (in caso di necessità): Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente il servizio**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA E DELLO  
STATO DI FAMIGLIA (art. 46, D.P.R. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
con residenza nel Comune di ..... Prov. di ..... in  
Via ....., n. .... consapevole delle sanzioni penali,  
nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del  
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

*(Riportare solo cognome e nome nel caso in cui il richiedente vive solo.)*

di essere residente nel comune di .....  
in via ....., n. ...., Cap. ...., dal .....;  
che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

| Parentela | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|-----------|----------------|------------------|-----------------|
|           |                |                  |                 |
|           |                |                  |                 |
|           |                |                  |                 |
|           |                |                  |                 |
|           |                |                  |                 |
|           |                |                  |                 |

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo e data)

**IL/LA DICHIARANTE**

.....  
(firma per esteso e leggibile)



**SCHEMA TECNICA**

**DATI RELATIVI ALL'IMPIANTO TELEFONICO ED ELETTRICO DEL DESTINATARIO DEL SERVIZIO**

**L'impianto telefonico di cui il Beneficiario del servizio dispone è:**

☐ LINEA FISSA    ☐ simplex    ☐ duplex

ovvero ☐ dispone SOLO DI CELLULARE

ovvero ☐ possiede una VODAFONE STATION O SIMILARI

**L'apparecchio telefonico di cui il Beneficiario del servizio dispone è:**

☐ DA TAVOLO    ☐ CORDLESS    ☐ A MURO (vecchi modelli)

**Il Beneficiario del servizio ha attualmente un contratto con il seguente Gestore di Telefonia :**

☐ CONTRATTO GESTORE UNICO TELECOM (canone + traffico voce)

☐ CONTRATTO CANONE TELECOM + TRAFFICO CON ALTRO GESTORE (indicare quale) .....

☐ CONTRATTO UNICO CON ALTRO GESTORE (indicare quale) .....

**Al fine dell'installazione dell'apparecchiatura è necessaria una presa elettrica NON PIU' LONTANA di mt. 1,5 dalla presa telefonica posta sulla stessa parete: è presente?**

☐ SI    ☐ NO    In questo caso, è a carico dell'Interessato far predisporre una presa elettrica vicino all'apparecchio telefonico o munirsi di una prolunga.

**Familiare o altra persona di riferimento da contattare per fissare l'appuntamento con il Tecnico per l'installazione (se diversa dal Richiedente)**

COGNOME  NOME

IN QUALITA' DI

TELEFONO  CELL.

**In caso di rinuncia, o cessazione a qualunque titolo del Servizio:**  
**deve esserne data tempestiva comunicazione al CISS-AC - Tel. 011-9893511 (Referente del Servizio Sig.ra Monica Drocco).**

L'apparecchiatura deve essere riconsegnata, a cura di un familiare o conoscente, preferibilmente alla sede del CISS-AC in Via San Francesco 2 – Caluso, firmando il modulo di disattivazione del

servizio e restituzione dell'apparecchio. E' altresì possibile il ritiro da parte del Tecnico, su appuntamento, presso l'abitazione del Beneficiario.

---



**SCHEDA MEDICA**  
**ATTENZIONE: DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO**  
**DI MEDICINA GENERALE**

**Il Beneficiario appartiene ad una delle seguenti tipologie aventi diritto al servizio:**  
(crocettare la voce scelta)

☐ **ULTRA65ENNE CON NON AUTOSUFFICIENZA CERTIFICATA** dall'ASL territorialmente competente o da altra ASL, CON CONIUGE E/O FAMILIARI CONVIVENTI O ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARIZZATA

☐ **ADULTO CON GRAVI E DOCUMENTATE PATOLOGIE A RISCHIO, CON CONIUGE E/O FAMILIARI CONVIVENTI MA CHE RIMANE SOLO DURANTE LE ORE DEL GIORNO O DELLA NOTTE**

☐ **ULTRA65ENNE AUTOSUFFICIENTE O PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE CHE VIVE SOLO**

☐ **ADULTO CON GRAVI E DOCUMENTATE PATOLOGIE A RISCHIO, CHE VIVE SOLO**

☐ **ADULTO DISABILE CON DISABILITA' CERTIFICATA** dall'ASL territorialmente competente o da altra ASL, CON CONIUGE E/O FAMILIARI CONVIVENTI

☐ **ADULTO DISABILE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE CHE VIVE SOLO**

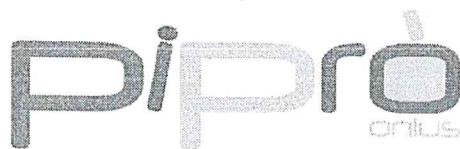
**Patologie prevalenti dichiarate dal MMG:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

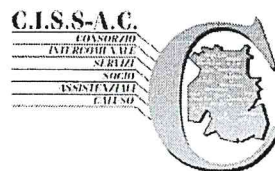
**Data** \_\_\_\_\_

**TIMBRO IDENTIFICATIVO DEL MEDICO**

|  |
|--|
|  |
|--|



**SERVIZIO  
TELESOCOCCORSO E  
TELEASSISTENZA**



## **ONERI A CARICO DELL'UTENTE**

- ➔ Ai sensi della deliberazione del Consiglio di Amministrazione del CISS-AC n° 14 del 06/09/2011 gli oneri a carico dell'Utenza, a decorrere dal **1° novembre 2011**, sono determinati come segue:
- ➔ La **tariffa giornaliera** a carico dell'Utenza è la seguente:
  - ⇒ per allacciamenti a **telefono fisso**: Eurocent 0,28/giorno + IVA 22% = **Eurocent 0,35/giorno**
  - ⇒ per collegamenti a **cellulare**: Eurocent 0,37/giorno + IVA 22% = **Eurocent 0,46/giorno**
- ➔ Il **pagamento** avviene attraverso l'invio, da parte della **Cooperativa Sociale PI.PRO' Onlus**, di bollettini di conto corrente postale direttamente al domicilio dell'Utente, con cadenza semestrale posticipata all'erogazione del servizio.
- ➔ La **Cooperativa Sociale PI.PRO' Onlus**, erogatrice del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza, ha la propria sede legale in Via Le Chiuse 59 - 10144 Torino e la sede operativa in Via Sabaudia 164 - 10095 Grugliasco (TO) – Tel. 011 4038115 - fax 011 4034334 – E-mail [info@cpeservizi.it](mailto:info@cpeservizi.it).
- ➔ La tariffa giornaliera è riferita al servizio di Telesoccorso; pertanto la non attivazione del servizio di Teleassistenza (telefonate programmate di Telecompagnia effettuate da operatori volontari della C.R.I. di San Giorgio Canavese) non dà diritto ad alcuna riduzione del canone giornaliero.
- ➔ Eventuali interventi all'impianto elettrico propedeutici all'installazione dell'apparecchiatura di Telesoccorso si rendano necessari (es. l'applicazione di una presa elettrica vicina alla presa del telefono) sono da considerarsi a totale carico del Richiedente.
- ➔ Per informazioni generali sul servizio di Telesoccorso e Teleassistenza, contattare il CISS-AC di Caluso al n° 011 9893511 (referente del servizio Sig.ra Monica Drocco – tel. 011 9893511 – fax 011 9832976 – e-mail [anziani@cissac.it](mailto:anziani@cissac.it) )
- ➔ **Numero Verde**. Per informazioni circa le modalità di erogazione del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza, la Cooperativa Sociale PI.PRO' Onlus mette a disposizione il Numero Verde 800-555292.



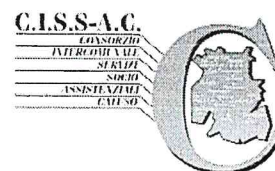
Data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_





**SERVIZIO  
TELESOCOCCORSO E  
TELEASSISTENZA**



## **INFORMATIVA** **(ex art. 13, D.Lgs. n. 196/2003)**

Gentile Signore/Signora,

desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e s.m.i., prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati anagrafici e personali da Lei forniti mediante il "**Modulo richiesta servizio di Telesoccorso e Teleassistenza**" che pervengono all'ufficio Protocollo del CISS-AC di Caluso, saranno oggetto di trattamento (come definito dall'art. 4, 1° comma, D.Lgs. n. 196/2003), mediante archiviazione sia cartacea che informatizzata del CISS-AC per le seguenti finalità:
  - servizio di Telesoccorso e Teleassistenza nella sua globalità;
  - servizio sociale professionale;
  - invio al Suo indirizzo di comunicazioni relative al servizio di Telesoccorso e Teleassistenza;
2. il trattamento sarà effettuato mediante:
  - la raccolta e la gestione dati sia in forma cartacea che informatizzata;
  - la tenuta di archivi sia in forma cartacea che informatizzata;
  - il trattamento avverrà in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
3. il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per poter perseguire le finalità sopra elencate. L'eventuale diniego, salvo i casi espressamente previsti dalla legge, può comportare l'impossibilità, per il CISS-AC, di procedere all'erogazione del servizio richiesto, che necessita della conoscenza di dati idonei anche a rivelare lo stato di salute, per il raggiungimento delle finalità di tutela, prevenzione e cura della salute dell'interessato;
4. i dati personali da Lei forniti vengono comunicati ai seguenti soggetti:
  - proprio medico di medicina generale per la compilazione del "Modulo richiesta servizio di Telesoccorso e Teleassistenza";
  - cooperativa sociale PI.PRO'. Onlus di Torino, gestore della centrale operativa, con sede operativa in Grugliasco (To) - Via Sabaudia 164 - sede operativa del servizio di Telesoccorso;
  - Croce Rossa Italiana - Delegazione di San Giorgio Canavese (operatori volontari che gestiscono il servizio di Teleassistenza);
  - Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso dell'ASL TO4, in caso di interventi del 118.
5. Il Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale del Consorzio / Legale Rappresentante Dott.ssa Graziella BENVENUTI, con domicilio presso la sede del CISS-AC - Via San Francesco n. 2 - 10014 CALUSO (TO) - tel. 011/9893511 - Fax 011/9832976 - E-mail [areafinanziaria@cissac.it](mailto:areafinanziaria@cissac.it).

6. **I Responsabili del trattamento dei dati sono, nel dettaglio:**

- la dott.ssa Graziella BENVENUTI, in qualità di responsabile area amministrativa-finanziaria, con domicilio presso la sede del CISS-AC - Via San Francesco 2 - 10014 Caluso (TO) - tel. 011/9893511 - Fax 011/9832976 - E-mail [areafinanziaria@cissac.it](mailto:areafinanziaria@cissac.it) ;
- la dott.ssa Graziella BONOMETTI, in qualità di responsabile area territoriale, con domicilio presso la sede del CISS-AC - Via San Francesco 2 - 10014 Caluso (TO) - tel. 011/9893511 - Fax 011/9832976 - E-mail [areaterritoriale@cissac.it](mailto:areaterritoriale@cissac.it);
- la sig.ra Emilia GARIGLIO, in qualità di responsabile area integrativa, con domicilio presso la sede del CISS-AC - Via San Francesco 2 - 10014 Caluso (TO) - tel. 011/9893511 - Fax 011/9832976 - E-mail [areaintegrativa@cissac.it](mailto:areaintegrativa@cissac.it) .
- la sig.ra Monica DROCCO, in qualità di responsabile area anziani, con domicilio presso la sede del CISS-AC - Via San Francesco 2 - 10014 Caluso (TO) - tel. 011/9893511 - Fax 011/9832976 - E-mail [anziani@cissac.it](mailto:anziani@cissac.it) .

7. Per ogni comunicazione, Ella può scrivere o rivolgersi direttamente al CISS-AC - Via San Francesco 2 - 10014 CALUSO (TO), anche via e-mail all'indirizzo [consorzio@cissac.it](mailto:consorzio@cissac.it) oppure ai recapiti sopra menzionati.

8. In ogni momento Ella potrà esercitare i Suoi diritti, elencati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che, per Sua comodità, qui si riportano integralmente:

*"L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

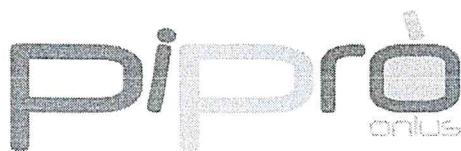
***L'interessato ha il diritto di ottenere l'indicazione:***

- a) *dell'origine dei dati personali;*
- b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;*
- e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

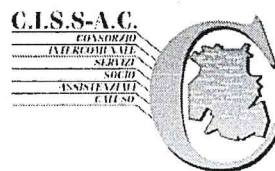
***L'interessato ha diritto di ottenere:***

- a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati;*
- c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati e diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un suo impiego" (art. 7 D.Lgs. 196/2003).*

**Le comunichiamo che il rilascio di copia dell'INFORMATIVA di cui sopra costituisce condizione di validità per la prestazione del consenso.**



**SERVIZIO  
TELESOCOCCORSO E  
TELEASSISTENZA**



## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI** **(D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, consapevole che i trattamenti riguarderanno anche **dati sensibili** (*"Dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, ...omissis, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*, art. 4 D.Lgs. n. 196/2003),

### **presta il consenso**

al trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'**informativa**, consegnata in allegato alla presente.

**SI**

**NO**

Data .....

Firma (leggibile) dell'INTERESSATO

\_\_\_\_\_

Data .....

Firma (leggibile) dell'operatore  
che ha ricevuto il consenso

\_\_\_\_\_