

Gentile Cittadino,

L'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona (d'ora in avanti "L'Azienda"), per conto degli Ambiti di Castellanza, Busto Arsizio e Gallarate ha selezionato, attraverso la procedura del bando di accreditamento, i gestori del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e assistenti familiari e servizio pasti a domicilio in possesso dei requisiti indispensabili per garantire il livello di qualità dei servizi.

All'interno del presente Patto Di Servizio potrà scegliere l'ente gestore accreditato che preferisce, tra quelli iscritti nell'Elenco degli Accreditati. Il presente Patto verrà inviato, all'Azienda e all'ente accreditato da Lei selezionato. Successivamente verrà contattato per l'attivazione del servizio.

Il Servizio Sociale del Suo Comune di residenza, ha elaborato un PAI definendo le prestazioni più appropriate rispetto ai bisogni del beneficiario, tenendo conto della rete familiare esistente e di tutte le condizioni in cui il servizio viene erogato.

I dati che inserirà in questo Patto saranno trattati in base alla normativa sulla Privacy dal Titolare (il Comune di residenza presso il quale sta presentando la domanda di accesso al servizio), dal Contitolare (L'Azienda, che ha effettuato la selezione) e infine dal Responsabile del trattamento (l'Ente Gestore Accreditato che erogherà materialmente il servizio). In ogni momento potrà richiedere al Comune l'interruzione del servizio oppure chiedere al Comune stesso qualsiasi modifica dei dati personali rilasciati in fase di prima attivazione del servizio.

PATTO DI SERVIZIO – RICHIESTA DI INTERVENTO (parte cittadino)

Modulo di Attivazione del Servizio:

SAD/assistente familiare per dimissioni protette

Pasti a domicilio per dimissioni protette

Io sottoscritto (Nome e Cognome dell'utente) _____
nato a _____ (___), il ___/___/_____, C.F.: _____
e residente nel Comune di _____, in Via _____ n. _____

CHIEDO

al Comune di _____, l'attivazione del/i servizio/i sopraindicato/i

DICHIARO (Scelta ente erogatore accreditato)

di volermi avvalere:

per l'erogazione del Servizio SAD/assistente familiare dell'ente erogatore: _____

per l'erogazione del Servizio pasti dell'ente erogatore: _____

Firma dell'utente o del terzo legittimato:



Data _____ Firma _____

Modulo di Attivazione del/i servizio/i – (parte Comune)

Il Servizio Sociale del Comune di _____, a seguito di valutazione delle condizioni del beneficiario, lo ritiene idoneo a ricevere le seguenti prestazioni con relativo monte ore (breve descrizione dell'assistenza richiesta, decorrenza e frequenza accessi)

SAD/assistente familiare:

Pasti a domicilio: _____

Durata dell'intervento

Si prevede la durata del servizio/i

SAD dal _____ fino al _____

PASTI dal _____ fino al _____

Il Servizio si intenderà automaticamente rinnovato se non verrà esercitato il diritto di recesso previsto nel presente Patto.

Il beneficiario _____

I Servizi Sociali del Comune di _____

Data _____

Data _____

Firma _____

Firma _____

Clausola di recesso

E' fatto salvo il diritto dell'utente di recedere dal presente Patto in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta al Comune.

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento viene effettuato con finalità di **effettuazione di servizio di assistenza domiciliato da Lei richiesto**, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera b del Regolamento 2016/679.

I suoi dati potrebbero essere eventualmente trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Potranno inoltre essere comunicati a soggetti pubblici qualora si renda necessario per l'osservanza di eventuali obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati. Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy qualora ne ravvisi la necessità.

Le comuniciamo che il conferimento dei dati è obbligatorio e finalizzato esclusivamente a garantire il servizio di assistenza domiciliare da Lei richiesto; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile effettuare il servizio.



Il **Titolare** del trattamento dei dati è il Comune di _____ che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono: _____ Indirizzo PEC: _____.

Il **Contitolare** del trattamento dei dati è L'Azienda, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono: 0331/502118
Indirizzo PEC: segreteria@aziendaspecialemediolona.it.

il **Responsabile** della protezione dei dati (DPO) è contattabile ai seguenti riferimenti: Telefono: 0331/502118 Indirizzo email: segreteria@aziendaspecialemediolona.it.