



AMBITO TERRITORIALE  
**TROIA**

Comune di Anzano di Puglia  
Provincia di Foggia  
Prot. 2019 0003782 Ingresso  
del 10/10/2019  
Mitt.  
AMBITO TERRITORIALE TROIA COMUNE I

## Comune di Troia

Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:

*Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia*

# AVVISO AVVIO SERVIZIO TELESOCCORSO

Si informa l'utenza che è possibile presentare al proprio Comune di Residenza, **presso il Servizio Sociale**, la domanda per l'accesso al servizio in oggetto, utilizzando il modello allegato al presente avviso.

Il **servizio è gratuito** e possono accedervi gli utenti in possesso dei requisiti di cui alla griglia di valutazione allegato al presente avviso.

Si richiede il modello ISEE non per il calcolo della compartecipazione, ma per l'attribuzione del punteggio nel caso di redazione della graduatoria, laddove il numero delle richieste pervenute sia superiore al numero degli apparecchi disponibili.

**SCADENZA DELLA DOMANDA: 25 OTTOBRE 2019 ORE 12:00**

**Avvio presumibile del servizio: 04 Novembre 2019**

**IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO  
F.TO DOTT.SSA ANTONELLA TORTORELLA**

**IL PRESIDENTE DEL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE  
F.TO AVV. LEONARDO CAVALIERI**



## Comune di Troia

**Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:**

*Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia*

### GRIGLIA DEI PUNTEGGI PER LA VALUTAZIONE DELLE ISTANZE

Ultrasessantacinquenni autosufficienti	2 punti per ogni componente in possesso del requisito
Ultrasessantacinquenni non autosufficienti	4 punti per ogni componente in possesso del requisito
Adulti, non ultrasessantacinquenni, portatori di patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente ecc...), che vivono soli o, in caso di coniuge o familiare convivente, che restano soli, per inderogabili esigenze, almeno quattro ore consecutive nell'arco della giornata	5 punti
ISEE fino a 15.000,00	5 punti
ISEE da euro da 15.001,00 a 20.000,00	4 punti
ISEE da euro 20.001,00 a 25.000,00	3 punti
ISEE da euro 25.001,00 a 30.000,00	2 punti
ISEE superiore a euro 30.001,00	1 punto
<b>in caso di parità di punteggio complessivo di terrà conto dell'ordine di presentazione della domanda al protocollo dei vari Comuni facenti parte dell'Ambito</b>	



AMBITO TERRITORIALE  
**TROIA**

## Comune di Troia

Ente capofila dell'Ambito Territoriale costituito dai Comuni di:

*Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia*

### ISTANZA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO

Al Signor Sindaco del  
COMUNE di \_\_\_\_\_  
DELL'Ambito Territoriale di Troia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Piazza/Via \_\_\_\_\_,  
numero civico \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

L'attivazione del servizio di TELESOCORSO presso l'abitazione al suindicato indirizzo.

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ed altresì a conoscenza della prevista comminatoria di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. n. 445/2000;

#### DICHIARA

DI APPARTENERE ad una, o più di una, delle categorie sotto elencate (barrare le voci interessate)

- ultrasessantacinquenni autosufficienti, che vivono soli o in coppia unicamente con altro ultrasessantacinquenne;
- ultrasessantacinquenni non autosufficienti e/o disabili;
- adulti, non ultrasessantacinquenni, portatori di patologie conclamate ad alto rischio sanitario (cardiopatici, asmatici, diabetici, dializzati, disabilità motoria e/o sensoriale, inabilità permanente, ecc.), che vivono soli o, in caso di coniuge o familiare conviventi, che restano tuttavia soli, per inderogabili esigenze, almeno quattro ore consecutive nell'arco della giornata.

In caso di necessità, si prega di contattare le seguenti persone:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico

Allegare:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Attestato ISEE relativo ai redditi percepiti nell'anno solare precedente;
- 3) Ogni documento attestante la presenza di patologia e/o lo stato di disabilità/inabilità/non autosufficienza ed utile ai fini della valutazione dell'istanza.

FIRMA

---