



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

## MODULO PER LA DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI SUPPORTO ALLE PERSONE FRAGILI

Il/La sottoscritto/a (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Numero di Telefono \_\_\_\_\_ numero di Cellulare \_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Medico di base \_\_\_\_\_

*Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza:*

\_\_\_\_\_

### DICHIARA

#### Di essere residente nel Comune di Lovero

Per comunicazioni organizzative e/o emergenze indico il seguente referente:

Referente familiare (Cognome e nome ) \_\_\_\_\_

Grado di parentela con l'utente \_\_\_\_\_

numero di cellulare \_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

numero di cellulare \_\_\_\_\_



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

Come da articolo 3 del Regolamento "Servizio Pasti a domicilio"

## DICHIARA

di appartenere alla seguente categoria di utente: (barrare solo quella di interesse)

- ☐ 1) **Persone anziane ultra 70enne con ridotta capacità di autonomia**, sola o in famiglia, quando la stessa non sia in grado di provvedere alle loro necessità quotidiane;
- ☐ 2) **persone di qualsiasi età che versano in situazioni permanente o temporanea di grave marginalità e isolamento sociale o inabili attestati dal servizio sociale** dell'Ambito territoriale o dei servizi specialistici di ASST (vedi documentazione allegata);
- ☐ 3) **persone di qualsiasi età, sole o in famiglia quando la stessa non sia in grado di provvedere alle loro necessità quotidiane, che si trovano in condizione di temporanea non autosufficienza**, attestata dal servizio sociale dell'Ambito Territoriale o dei servizi specialistici di ASST, recante anche l'indicazione della durata presunta di tale condizione, da cui derivi l'impossibilità a provvedere in modo autonomo alla preparazione dei pasti (vedi documentazione allegata);

Di essere informato che, al venir meno dei requisiti, nei casi 2) e 3) deve darne comunicazione scritta al Comune in quanto questo determina la cessazione della prestazione.

## RICHIEDE

**di usufruire del servizio socio-assistenziale di supporto alle persone fragili organizzato dal Comune di Lovero in collaborazione con la Casa di Riposo Città di Tirano a partire da:**

- ☐ \_\_\_\_\_ **2026** (indicare data inizio fruizione servizio successiva al 1 febbraio 2026)

### Tipologia di servizio

- ☐ servizio continuativo
- ☐ servizio temporaneo: da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (minimo 1 mese)

### Il servizio socio-assistenziale di supporto alle persone fragili comprende:

- la consegna di pasti a domicilio;
- la supervisione quotidiana delle condizioni psico-fisiche generali dell'utente a domicilio;



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

– la rilevazione dei parametri vitali, del peso corporeo e della pressione arteriosa a domicilio effettuata periodicamente dai professionisti socio – sanitari, secondo la frequenza e modalità stabilite dal Comune in relazione ai bisogni dell'utente.

**La consegna dei pasti a domicilio avviene nei seguenti giorni:**

**LUNEDÌ- MARTEDÌ – MERCOLEDÌ – GIOVEDÌ – VENERDÌ- SABATO (compreso festivi)**

A tal fine si richiede di indicare:

**- Patologie (allegare copia documentazione a supporto della richiesta):**

.....

**- Allergie/intolleranze alimentari (allegare copia documentazione a supporto della richiesta):**

.....

**- Richieste particolari (allegare copia documentazione a supporto della richiesta):**

.....

## SI IMPEGNA

☐ a rispettare gli orari di consegna dei pasti che indicativamente è prevista nella fascia oraria che va dalle ore **11.45 alle ore 12.30**.

☐ a tenere un comportamento adeguato e rispettoso nei confronti del personale incaricato dell'erogazione del servizio;

☐ a consentire l'erogazione di tutte le prestazioni previste dal servizio socio-assistenziale di supporto alle persone fragili, incluse la supervisione delle condizioni psico-fisiche e la rilevazione dei parametri vitali, del peso corporeo e della pressione arteriosa a domicilio effettuata periodicamente dai professionisti socio – sanitari, secondo la frequenza e modalità stabilite dal Comune in relazione ai bisogni dell'utente;

☐ a sostenere il costo del servizio socio-assistenziale di supporto alle persone fragili, dalla data di avvio dello stesso: (vedi tabella allegato costi del servizio e agevolazioni);

☐ a versare al Comune di Lovero la quota dovuta, come da rendicontazione della Casa di Riposo Città di Tirano, **entro 30 giorni dall'avvenuta comunicazione da parte del Comune**, mediante pagoPA oppure tramite bonifico sul seguente IBAN intestato al Comune di Lovero: **IT62U056965229000002N0051X41**, con la seguente causale: **Cognome Nome – mese di riferimento** (si ricorda che, decorso inutilmente tale termine, l'utente sarà considerato moroso e il Comune procederà immediatamente alla sospensione del servizio, avviando contestualmente le procedure di recupero crediti).



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

☐ a presentare **ISEE in corso di validità** ai fini della riduzione della quota di competenza relativa al costo del servizio; *(in assenza di ISEE aggiornato sarà applicata la retta per intero.)*

Consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi degli art. 495 e 496 del Codice Penale.

## DICHIARA

Inoltre di essere informato che:

- i dati raccolti nella presente domanda sono acquisiti e trasmessi, al soggetto accreditato per l'attivazione del servizio in oggetto in applicazione del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e del D. Lgs 196/2003;
- i dati raccolti nella presente domanda sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune in applicazione del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e del D. Lgs 196/2003;
- I dati saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati e potranno essere comunicati ad altri settori dell'Amministrazione comunale e, in forma aggregata, a istituti pubblici sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali;
- Il responsabile della protezione dei dati personali (RDP/DPO) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 è la Ditta Trust Data Solutions S.r.l. di Cantù. P.Iva 04084690132.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### In alternativa:

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato, amministratore di sostegno o tutore.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

grado di parentela o relazione con l'interessato/a \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

## ALLEGATO COSTI DEL SERVIZIO E AGEVOLAZIONI PER L'ANNO 2026

Si ricorda che:

- **il costo del servizio è di euro 210,00 mensili;**
- Il costo del servizio per persone con allergie legate al glutine che necessitano di un menu personalizzato) è di euro 312,00.

La Giunta comunale, con deliberazione n. 76 del 22.12.2025 ha definito le seguenti **agevolazioni tariffarie per gli utenti con ISEE in corso di validità da 0 a 10.500 euro.**

**Da 10.501,00 euro oppure senza presentazione dell'ISEE in corso di validità la retta deve essere pagata per intero.**

FASCIA ISEE	PERCENTUALE DI COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENTE	IMPORTO MENSILE UTENTE	IMPORTO MENSILE UTENTE con allergie legate al glutine
0 € – 6.500,00 €	40 %	€ 84,00	€ 124,80
6.501,00 € – 7.500,00 €	50 %	€ 105,00	€ 156,00
7.501,00 € - 8.500,00 €	60 %	€ 126,00	€ 187,20
8.501,00 € - 9.500,00 €	70 %	€ 147,00	€ 218,40
9.501,00 € - 10.500,00 €	80 %	€ 168,00	€ 249,60
da 10.501,00 € o Senza Isee	100 %	€ 210,00	€ 312,00

- Chi intende usufruire delle agevolazioni è tenuto a portare l'ISEE in corso di validità prima dell'attivazione del servizio.
- Si ricorda che, nel caso l'utente, non desideri produrre il proprio ISEE sarà applicata la retta per intero.



# COMUNE DI LOVERO

(PROVINCIA DI SONDRIO)

Via A. Venosta, 1/A – 23030 Lovero (SO)

Mail: [protocollo@comune.lovero.so.it](mailto:protocollo@comune.lovero.so.it) – PEC: [protocollo.lovero@cert.provincia.so.it](mailto:protocollo.lovero@cert.provincia.so.it)

**Costo del servizio**

**Costo del servizio per  
persone allergiche al glutine  
che necessitano di un pasto  
personalizzato**

☐ 210,00 euro

☐ 168,00 euro

☐ 147,00 euro

☐ 126,00 euro

☐ 105,00 euro

☐ 84,00 euro

☐ 312,00 euro

☐ 249,60 euro

☐ 218,40 euro

☐ 187,20 euro

☐ 156,00 euro

☐ 124,80 euro

*Barrare la tariffa di competenza*

**(N.B.** Per il mese di attivazione, la quota sarà proporzionata al numero dei pasti effettivamente erogati);

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **In alternativa:**

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato, amministratore di sostegno o tutore.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

grado di parentela o relazione con l'interessato/a \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_