



Allegato 2

**CONTRATTO DI ACCOMPAGNAMENTO PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE FINALIZZATO A SOSTENERE I RICOVERI DI SOLLIEVO TEMPORANEI PER:**

- PERSONE CON DISABILITA' GRAVE**
- PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

**Da compilare dattiloscritto o in stampatello**

L'anno \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_ del mese \_\_\_\_\_ presso la  
residenza del Comune di \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ con  
il presente atto,

**TRA**

Il Comune di \_\_\_\_\_ rappresentato  
dall'Assistente Sociale \_\_\_\_\_

**E**

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE**

1. Al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ verrà erogato il Buono Sociale del  
valore di € \_\_\_\_\_ per il ricovero di sollievo presso la seguente unità  
di offerta \_\_\_\_\_ con  
sede a \_\_\_\_\_  
per il periodo da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
che prevede le seguenti condizioni:

➤ modalità di utilizzo del buono sociale:

---

---

---

---



---

---

➤ impegni assunti dal beneficiario:

---

---

---

---

➤ impegni assunti dall'operatore:

---

---

---

---

➤ modalità di verifica e di controllo:

---

---

---

---

2. Il presente contratto si intende decaduto qualora si verificasse il mancato rispetto degli impegni sopra indicati da parte del beneficiario.
3. L'erogazione mensile del Buono sociale verrà effettuata dall'Azienda Speciale Consortile "Medio Olona Servizi alla Persona" con le modalità richieste dal beneficiario nella apposita domanda presentata al Comune di residenza.
4. In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona segnala d'ufficio il fatto all'Autorità Giudiziaria per le iniziative di competenza e di rilievo penale e procede alla revoca del beneficio concesso ed al recupero della quota del beneficio economico indebitamente ricevuto dal dichiarante.
5. Il Comune si impegna, attraverso il proprio Assistente Sociale, a garantire il costante monitoraggio, le necessarie verifiche circa l'andamento del progetto e l'utilizzo del buono assegnato.
6. Il beneficiario Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ da' il consenso a trattare i dati sensibili così come indicato dal Dl.gs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati



personali" sempre nei limiti delle finalità istituzionali riguardanti i servizi e gli interventi richiesti.

7. Il Comune e l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona si impegnano formalmente a mantenere la più assoluta riservatezza sui dati raccolti, utilizzandoli esclusivamente per le finalità istituzionali riguardanti i servizi e gli interventi richiesti.

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

Letto, confermato e sottoscritto

L'ASSISTENTE SOCIALE

IL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_