

COMUNE DI _____

U.L.S.S. n. _____ della Regione del Veneto

DOMANDA PER SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ residente a _____
in via _____ telefono _____/
o, in mancanza, n. _____ / _____ relativo al Signor
_____ (nome e cognome del vicino o parente) via

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo domiciliare ai sensi della legge regionale 4 giugno 1987, n. 26. Al riguardo

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che (barrare le voci che interessano):

- (a) vive solo (o in coppia sola);
- (b) è stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- (c) negli ultimi tre anni è stato ricoverato in presidio ospedaliero (precisare i motivi e la durata del ricovero): _____

- (d) ha fatto richiesta di essere ospitato in una struttura socio sanitaria;
- (e) ha richiesto di essere dimesso da una struttura socio sanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal Servizio domiciliare.

Firma del richiedente

Da compilarsi a cura dell'Ufficio Comunale

Vista la documentazione relativa al reddito mensile, presentata dal richiedente, si precisa che, decorsi i sei mesi di gratuità, il servizio sarà:

- (1) gratuito
- (2) parzialmente gratuito
- (3) integralmente a carico dell'utente

L'addetto all'istruttoria

Il Dirigente
