

## DOMANDA PER IL SERVIZIO DI TELESOCORSO

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di

Il/la sottoscritto/a

<b>NOME</b>		<b>COGNOME</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>			<b>DATA</b>
<b>INDIRIZZO</b>			<b>N° CIVICO</b>
<b>C.A.P.</b>	<b>CITTA'</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>altro recapito telefonico</b>			
<b>relativo al Signor (nome e cognome e specificare se parente o vicino di casa o altro)</b>			
<b>residente</b>			
a ..... in via .....			
<b>Codice fiscale del richiedente:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>N° tessera sanitaria del richiedente:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>Medico di medicina generale</b>			
<b>Cognome e nome:</b>			

### CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso ai sensi del vigente Regolamento Comunale. Al riguardo

### DICHIARA

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

- vive solo (o in coppia)
- è soggetto con disabilità certificata;
- è stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- negli ultimi tre anni è stato ricoverato in presidio ospedaliero (precisare i motivi e la durata del ricovero): .....
- ha fatto richiesta di essere ospitato in una struttura socio sanitaria;
- ha richiesto di essere dimesso da una struttura socio sanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal Servizio domiciliare;
- di essere a conoscenza della disciplina comunale relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio di Telesoccorso;
- che il valore dell'ISEE familiare è di euro ..... DSU allegata);
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE.

Luogo e data .....

.....  
(firma del richiedente)

### Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente e specificatamente nei "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute".

Nome e Cognome .....

Luogo e data .....

.....

Firma leggibile

---

### Da compilarsi a cura dell'Ufficio Comunale

Vista la documentazione relativa alla situazione economica, presentata dal richiedente, si precisa che il servizio sarà:

- gratuito
- parzialmente gratuito
- integralmente a carico dell'utente

L'addetto all'istruttoria

Il Responsabile o suo delegato

.....

.....