

DOMANDA PER IL SERVIZIO DI TELESOCORSO

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di

Il/la sottoscritto/a

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

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

.....

.....