



Distretto
Socio Sanitario
LT/5

ATTIVAZIONE



SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritt o/a _____ tel. _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio di "Telesoccorso e Telecontrollo"

a favore di _____ nat __ a _____
il _____ residente a _____ Via _____
tel. _____ Codice fiscale _____

DATI DA COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE PER L'ALLACCIAMENTO

a) *Persona da contattare per l'attivazione* (parenti, vicini, ecc.)

Cognome e Nome..... Tel.....

b) *Assistente Sociale Responsabile del caso*

Cognome e Nome..... Tel.....

c) *Medico di base*

Cognome e Nome..... Tel ambulatorio.....

Altri recapiti.....

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

In caso di necessità contattate le seguenti persone:

Cognome e nome	Grado di parentela	telefono

Costo a carico dell'utente secondo le quote previste dall'Atto di Intesa Distrettuale

Esente 15% 30% 50% 100%

Con la presente, dichiaro di conoscere ed accettare l'Atto di Intesa del servizio in oggetto e quanto previsto dalla nota informativa della Società circa gli obblighi dell'abbonato.

Si allega: - Dichiarazione ISEE

Ai sensi della D. Lgs. n. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, dichiaro di essere stato compiutamente informato sulla finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti nel presente documento e di autorizzare l'utilizzo e l'archiviazione in banca dati.

Comune di _____, lì _____ Firma _____