



COMUNE DI CILAVEGNA

SERVIZIO DI TELESOCORSO

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov _____ il __/__/__

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. ____ via _____ n° ____

Tel. _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di telesoccorso

A TAL FINE DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

- Vive solo/a
- Con coniuge
- Con altra persona (indicare cognome, nome, grado di parentela)

- che è autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente
- che ha la certificazione di invalidita' non ha la certificazione di invalidita'
- che ha l'accompagnamento non ha l'accompagnamento

che il medico di medicina generale è il dott./ssa _____

Indirizzo _____ Tel _____

Altro recapito telefonico (indicare almeno 1 recapito):

Tel _____ relativo al Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Tel _____ relativo al Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Si autorizza il contatto telefonico periodico con il fine di monitorare e controllare le condizioni psico
fisiche SI NO

Data _____

Il Richiedente _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del DGR 679/2016

Si comunica che i dati personali raccolti nell'ambito della presente procedura saranno utilizzati e finalizzati allo svolgimento della stessa e il loro trattamento sarà improntato ai principi di correttezza liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

I diritti spettanti all'interessato sono analiticamente indicati nell'art. 15 del DGR 679/2016.