



COMUNE DI CILAVEGNA

Al Servizio 3 "Servizi alla Persona"

del Comune di Cilavegna (PV)

SERVIZIO DI TELESOCORSO

Richiesta presentata da _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / ___

Codice Fisc. _____

Residente a. _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

Tel. _____ / _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso

A tal fine dichiara che
(barrare le voci che interessano)

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

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

che il medico di medicina generale è il dott. _____

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 dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

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'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003.

Rev. 01 del 27.04.10