



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 \_\_\_\_\_