

Amministrazione destinataria

Comune di Montichiari

Ufficio destinatario

Ufficio servizi sociali, di piano e casa

Domanda di accesso al servizio di telesoccorso**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CHIEDE

l'accesso al servizio di telesoccorso

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():**amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo***attualmente residente in**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di vivere solo o in coppia
- che negli ultimi tre anni è stato ricoverato in ospedale
- | | |
|----------------------|----------------------|
| Motivo ricovero | Durata ricovero |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura socio-sanitaria

di aver chiesto di essere dimesso dalla struttura socio-sanitaria per essere assistito al proprio domicilio del servizio di assistenza domicilio

eventuali altri motivi per i quali chiede di essere assistito dai servizi di telesoccorso/telecontrollo

Ulteriori motivazioni

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

scheda richiesta allacciamento

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Montichiari

Luogo

Data

il dichiarante