

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Nave</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali</p>	
---	--	--

Domanda di attivazione, subentro o disattivazione del servizio di telesoccorso – telecontrollo domiciliare

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

<input type="radio"/>	l'attivazione del servizio di telesoccorso – telecontrollo domiciliare																																																																																																																								
<input type="radio"/>	il subentro al servizio di telesoccorso – telecontrollo domiciliare in quanto convivente del seguente titolare																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="4">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Residenza</td> </tr> <tr> <th colspan="1">Provincia</th> <th colspan="2">Comune</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th colspan="1">Civico</th> <th colspan="1">Barrato</th> <th colspan="1">Scala</th> <th colspan="1">Interno</th> <th colspan="1">SNC</th> <th colspan="1">CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="1" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="1"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Telefono cellulare</td> <td colspan="7">Telefono fisso</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Posta elettronica ordinaria</td> <td colspan="6">Posta elettronica certificata</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome				Codice Fiscale													Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza												Residenza										Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP											<input type="checkbox"/>		Telefono cellulare					Telefono fisso																			Posta elettronica ordinaria						Posta elettronica certificata																	
Cognome			Nome				Codice Fiscale																																																																																																																		
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																																																			
Residenza																																																																																																																									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																																														
										<input type="checkbox"/>																																																																																																															
Telefono cellulare					Telefono fisso																																																																																																																				
Posta elettronica ordinaria						Posta elettronica certificata																																																																																																																			

la disattivazione del servizio di telesoccorso – telecontrollo domiciliare a partire dalla seguente data e per il seguente motivo

Data di disattivazione	
Motivi	
<input type="checkbox"/>	cambio di assistenza ad esempio badante o familiare
<input type="checkbox"/>	motivi economici
<input type="checkbox"/>	decesso
<input type="checkbox"/>	assenza di linea telefonica fissa
<input type="checkbox"/>	ricovero definitivo in struttura
<input type="checkbox"/>	trasferimento in altra abitazione o in altro Comune fuori zona ACB
<input type="checkbox"/>	rinuncia al servizio
Motivazione	

Soggetto interessato

per sè stesso

per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Residenza						
Comune	Provincia	Indirizzo		Civico	Barrato	SNC CAP
In qualità di (*)						

In qualità di ():*

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

COMUNICA

<input type="checkbox"/>	le generalità delle persone da contattare in caso di emergenza trattandosi dell'attivazione del servizio										
<input type="checkbox"/>	prima persona										
Cognome				Nome				Codice Fiscale			
Sesso	Data di nascita			Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune			Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare					Telefono fisso						
Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata						
<input type="checkbox"/>	seconda persona										
Cognome				Nome				Codice Fiscale			
Sesso	Data di nascita			Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune			Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare					Telefono fisso						
Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata						
<input type="checkbox"/>	la persona da contattare per il ritiro delle apparecchiature installate a domicilio trattandosi della disattivazione del servizio										
Cognome						Nome					
Telefono cellulare				Telefono fisso			Posta elettronica ordinaria				

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Nave		
Luogo	Data	Il dichiarante