

COMUNE DI MORIAGO DELLA BATTAGLIA
U.L.S.S. N. 7 della Regione del Veneto

DOMANDA PER IL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____ telefono _____/_____ o, in
mancanza, n. _____/_____ relativo al sig. _____
Via _____ n. _____ Paese _____

Altri numeri di riferimento:

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo domiciliare ai sensi della legge regionale 4 giugno 1987, n. 26. Al riguardo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che (barrare le voci che interessano):

- (a) vive solo (o coppia sola);
- (b) è stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- (c) negli ultimi tre anni è stato ricoverato in presidio ospedaliero (precisare i motivi e la durata del ricovero): _____
- (d) ha fatto richiesta di essere ospitato in struttura socio-sanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal Servizio Domiciliare.

Moriago della Battaglia,

Firma del richiedente

Da compilarsi a cura dell'Ufficio Comunale

Vista la documentazione relativa al reddito mensile, presentata dal richiedente, si precisa che, decorsi i sei mesi di gratuità, il servizio sarà:

- 1. gratuito
- 2. parzialmente gratuito
- 3. integralmente a carico dell'utente

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

FORMULA DI CONSENSO

PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 22 della legge citata e specificatamente nei "dati personali idonei a rilevare lo stato di salute".

Moriago della Battaglia,

Nome Cognome

Firma leggibile