



SERVIZIO DI TELESOCOORSO, TELECONTROLLO E TELEMONITORAGGIO

Spett.le ENTE _____	prot. n. _____
_____	del _____

- *Campi obbligatori (inserire i dati del Destinatario del servizio di Telesoccorso) :*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Cognome da sposata (facoltativo) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

SESSO: F M ; STATO CIVILE: \_\_\_\_\_;

- *è necessario indicare il Comune e l'indirizzo in cui sarà installato l'apparato. Questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza del richiedente.*

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

telefono fisso (\*) \_\_\_\_\_

(\*) *Nel caso di impianti telefonici che utilizzino apparati modem o altri terminali (es Fibra Tim, Vodafone, Fastweb etc), l'eventuale interruzione nell'erogazione dell'energia elettrica determina lo spegnimento del modem stesso ed il servizio di telesoccorso non ha alcuna possibilità di funzionare. Per tale ragione si declina qualunque responsabilità in presenza di malfunzionamenti del servizio telefonico dell'utente durante la trasmissione di un allarme.*

- *è possibile indicare la residenza del richiedente se diversa dall'ubicazione dell'apparato(facoltativo).*

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

- *Recapito telefonico di parente, amico, vicino di casa etc. o soccorritore*

Tel. \_\_\_\_\_ relativo al/alla signor/a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ relativo al/alla signor/a \_\_\_\_\_

( se di più è possibile aggiungere in : altre informazioni utili – pag. 2)

- *È possibile indicare il medico di medicina generale del Destinatario del servizio.*

Medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )

**presenta domanda di attivazione del servizio di telesoccorso e telecontrollo,  
ai sensi della L.R. n. 26/1987**

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, che la persona interessata:

il Destinatario del servizio dichiara - barrare solo le informazioni che si ritengono opportune, non sono obbligatorie :

- di vivere solo o in coppia sola;
- di essere convivente di persona già utente del servizio TSO-TCO o che ne ha chiesto l'attivazione (nominativo della persona convivente: \_\_\_\_\_);
- di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri):  
\_\_\_\_\_;
- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;

La Regione Veneto ha deliberato la gratuità del servizio per tutti gli utenti (DGR n. 1996 del 06/12/2017).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

**Da compilarsi a cura dell'ENTE**

- SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA

*( Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità.)*

- Indicare ORIENTATIVAMENTE il livello di AUTOSUFFICIENZA:

TOTALE  PARZIALE  NULLA  NON DEFINITA

- Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- Affermazioni del richiedente
- Affermazioni di parenti/conoscenti
- Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

ALTRE INFORMAZIONI UTILI per l'efficace svolgimento del servizio di telesoccorso e telecontrollo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile \_\_\_\_\_