

COMUNE DI _____

U.L.S.S. n. _____ della Regione del Veneto

DOMANDA PER SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ / _____ o, in mancanza, n. _____ / _____
relativo al Signor _____ (nome e cognome del vicino o parente)
via _____ città _____

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 responsabilità che (barrare le voci che interessano):

- a) vive solo (o in 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 una struttura socio sanitaria;
- e) ha richiesto di essere dimesso da una struttura socio sanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal Servizio domiciliare.

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:

- a) gratuito
- b) parzialmente gratuito
- c) integralmente a carico dell'utente

L'addetto all'istruttoria

Il Dirigente

**Formula di consenso
per trattamento di dati sensibili**

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati “sensibili” e specificatamente nei “dati personali idonei a rivelare lo stato di salute”, come previsto dal D.Lgs 196/03.

Luogo _____ Data _____

Nome _____ Cognome _____

Firma leggibile _____