

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome _____ C.F. _____

Nato/a il _____ a _____ stato civile _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____ Piano _____

Tel . _____ Cell _____

CHIEDE

L'attivazione del servizio di Teleassistenza.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di avere compiuto i 70 anni di età, essere in condizioni di ridotta capacità dell' autonomia personale, di solitudine e/o con una rete di rapporti familiari insufficiente ai propri bisogni.

☐ di avere un'età inferiore agli anni 70 ed essere in possesso di un riconoscimento di invalidità civile del _____%, tale da comportare una limitazioni dell'autonomia personale e dell'autosufficienza.

☐ di essere solo, in condizione di fragilità rispetto all'autonomia personale e vivere in una condizione di isolamento sociale.

☐ di essere in possesso della relazione specialistica comprovante lo stato di fragilità.

di avere un valore ISEE in corso di validità di € _____

di aver preso visione delle modalità approvate dal Comune per l' erogazione della Teleassistenza.

Allegati: certificazione ISEE

Verbale di invalidità o Relazione servizio specialistico

AL SERVIZIO DI TELESOCOCCORSO – TELEASSISTENZA **TESAN**

TEL 0444/914700 FAX 0444/912826

MAIL: servizi@tesan.it

SCHEDA PER RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO UTENZA INVIATA DAL:

COMUNE DI _____

.....TEL.....FAX.....

SIG.....TEL.....FAX.....

COMUNICA

DATI ANAGRAFICI CONVIVENTE

Cognome e Nome _____ grado di parentela _____

Nato/a il _____ a _____ stato civile _____

Recapito telefonico _____

DATI OBBLIGATORI PER L'ALLACCIAMENTO

a) Persona da contattare per l'attivazione (parenti, vicini, ecc.)

Cognome e Nome _____ rapporto con il richiedente _____

Recapito telefonico _____

c) Medico di base

Cognome e Nome _____

Tel. Ambulatorio _____ Tel Cellulare _____

Altri recapiti _____

Indirizzo studio _____

ALTRI DATI UTILI (non obbligatori)

a) Nominativi Potenziali Soccorritori (parenti, vicini, amici ecc):

*C : evidenziare con SI O NO chi ha le chiavi

*PRIORITA': segnare con un valore da 1 a 10 la priorità di chiamata in caso di emergenza.

Cognome e Nome	Via	Paese	Tel.Abit	Tel.Uff.	C*	Priorità*

Assistenza domiciliare/infermieristica:

Cognome e Nome	Giorno e h. di presenza dall'Ut.	Tel.Abit	Tel.Uff.	Chiavi	Ente

--	--	--	--	--	--

b) Patologie utente_____

c) Patologie convivente_____

d) Altre segnalazioni e/o telefoni utili _____

Luogo e data: _____ Firma del richiedente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per ogni persona presente nella domanda

Luogo e data: _____ Firma del richiedente: _____

AVVERTENZE:

L'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art.71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del D. L. n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

Spett.le TELEASSISTENZA **TESAN**
AL SERVIZIO DI TELESOCOCCORSO
FAX 0444/912826
MAIL: servizi@tesan.it

OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TELEASSISTENZA

Con la presente si trasmette la richiesta pervenuta in data _____ dal Sig./dalla Sig.ra _____
(prot. N. _____) per l'attivazione del servizio di Teleassistenza:

con onere a carico dell'Ente

con onere a totale carico dell'Utente.

Cordiali saluti