Amministrazione destinataria

Comune di Carugo

Ufficio destinatario

Area Servizi alla Persona

Domanda di accesso al servizio di telesoccorso

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'accesso al servizio di telesoccorso

Soggetto interessato

- ◯ per sé stesso
- ◯ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

presso l'abitazione

Indirizzo

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Citofono

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di

- ○ vivere da solo presso l'abitazione
- ○ convivere presso l'abitazione con

Cognome	Nome

☑ la propria condizione di salute

Anamnesi

Patologie attuali

Terapia attuale

☑ che il proprio medico curante è il dottor/dottoressa

Cognome	Nome

DICHIARA INOLTRE

che le proprie persone di riferimento sono

Cognome **Nome**

Residenza

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Distanza dall'abitazione del beneficiario del servizio

- ◯ da 1 a 2 minuti circa
- ◯ da 3 a 4 minuti circa
- ◯ più di cinque minuti

Telefono fisso **Telefono Cellulare**

Grado di parentela

Chiavi di casa

- ◯ possiede le chiavi di casa
- ◯ non possiede le chiavi di casa

Aggiornamenti sul servizio

- ◯ la persona di riferimento desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza
- ◯ la persona di riferimento non desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza

☐ ulteriore persona di riferimento

Cognome **Nome**

Residenza

Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** **CAP**

Distanza dall'abitazione del beneficiario del servizio

- ◯ da 1 a 2 minuti circa
- ◯ da 3 a 4 minuti circa
- ◯ più di cinque minuti

Telefono fisso **Telefono Cellulare**

Grado di parentela

Chiavi di casa

- ◯ possiede le chiavi di casa
- ◯ non possiede le chiavi di casa

Aggiornamenti sul servizio

- ◯ la persona di riferimento desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza
- ◯ la persona di riferimento non desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza

☐ ulteriore persona di riferimento

Cognome **Nome**

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Distanza dall'abitazione del beneficiario del servizio

- ◯ da 1 a 2 minuti circa
- ◯ da 3 a 4 minuti circa
- ◯ più di cinque minuti

Telefono fisso **Telefono Cellulare**

Grado di parentela

Chiavi di casa

- ◯ possiede le chiavi di casa
- ◯ non possiede le chiavi di casa

Aggiornamenti sul servizio

- ◯ la persona di riferimento desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza
- ◯ la persona di riferimento non desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza

☐ ulteriore persona di riferimento

Cognome **Nome**

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Distanza dall'abitazione del beneficiario del servizio

- ◯ da 1 a 2 minuti circa
- ◯ da 3 a 4 minuti circa
- ◯ più di cinque minuti

Telefono fisso **Telefono Cellulare**

Grado di parentela

Chiavi di casa

- ◯ possiede le chiavi di casa
- ◯ non possiede le chiavi di casa

Aggiornamenti sul servizio

- ◯ la persona di riferimento desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza
- ◯ la persona di riferimento non desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

☐ copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

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)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Carugo		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**