



COMUNE DI LODRINO

Provincia di Brescia

CAP 25060
C.F. 00878650175

TEL. 030.8950160

FAX 030-850376
P.I. 00584760987

Lodrino, li _____

Richiesta di ATTIVAZIONE del servizio di TELESOCCORSO-TELECONTROLLO DOMICILIARE

IL SOTTOSCRITTO (nome e cognome) NATO A
..... IL RESIDENTE IN VIA/PIAZZA
..... n° COMUNE DI C.A.P.:
PROV.
CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

CHIEDE al Comune di

PER ME STESSO

PER IL/LA SIGNOR/RA NATO A
..... IL RESIDENTE IN VIA/PIAZZA
..... n°
COMUNE DI C.A.P.: PROV.
CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

**DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO/TELECONTROLLO DOMICILIARE
IN CASO DI EMERGENZA AVVISARE LE SEGUENTI PERSONE (* dati necessari per l'attivazione)**

REPERIBILE 1*

Cognome* Nome*
Via/Corso/Viale/Piazza* n°
C.A.P.* Comune di Prov.
Numero di telefono abitazione*
Numero telefono mobile

REPERIBILE 2

Cognome..... Nome.....
Via/Corso/Viale/Piazza n°
C.A.P. Comune di Prov.
Numero di telefono abitazione
Numero telefono mobile

DA CONTATTARE PER ATTIVAZIONE (se diverso dal richiedente)

Cognome* Nome*
Numero di telefono abitazione*
Numero telefono mobile

OPERATORE SOCIALE COMUNALE DI RIFERIMENTO:

.....
Recapito tel.:

.....
_ AUTORIZZO L' ARCHIVIAZIONE E LA TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI PERSONALI
AGLI ENTI DELLA RETE
DEI SERVIZI NEL RISPETTO DEL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA, IN CONFORMITA' AL
D.LGS.196/2003

Data Firma RICHIEDENTE

Firma BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente).....

Firma OPERATORE SOCIALE DI RIFERIMENTO