



# COMUNE DI LODRINO

Provincia di Brescia

CAP 25060  
C.F. 00878650175

TEL. 030.8950160

FAX 030-850376  
P.I. 00584760987

Lodrino, li \_\_\_\_\_

## Richiesta di CHIUSURA / MODIFICA del servizio di TELESOCORSO-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 .....**

- il **SUBENTRO** al servizio in qualità di convivente del titolare  
 la **DISATTIVAZIONE** (a partire dal .....

**DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELECONTROLLO DOMICILIARE**

ATTIVATO A FAVORE DEL  
SIGNOR/RA ..... NATO A .....  
IL ..... RESIDENTE IN VIA/PIAZZA .....  
..... n° .....  
COMUNE DI ..... C.A.P.: ..... PROV. ....  
CODICE FISCALE .....  
RECAPITO TELEFONICO .....

### IN CASO DI DISATTIVAZIONE:

Per il ritiro delle apparecchiature installate a domicilio, contattare:

Cognome: ..... nome: .....

Via/Piazza ..... n° .....

Comune di ..... C.A.P. .... Prov. ....

Recapito tel.: .....

**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 del BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente).....

Firma OPERATORE SOCIALE DI RIFERIMENTO .....