



Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (prov di _____) il _____

C.F. _____

residente in Napoli

alla via/p.zza _____ CAP _____

tel.: _____

Il familiare/ persona di riferimento contattabile ai fini dell'istallazione del dispositivo è:

Cognome _____ Nome _____

tel: _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di "Teleassistenza Domiciliare" (*Telesoccorso e Telecontrollo*).

Allo scopo di comprovare la necessità di attivazione del servizio di Teleassistenza si allega:

- Relazione Sociale a cura dell'Assistente Sociale competente;
- Certificato Medico, in caso di persona con disabilità;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 1 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003, di essere a conoscenza ed autorizza che i propri dati personali vengano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta.

Napoli, _____

Firma del richiedente _____