



SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Al Sig. Sindaco del Comune di	prot. n. _____
<u>COMUNE DI SANTA LUCIA DI PIAVE</u>	del _____

Campi obbligatori (inserire i dati del Destinatario del servizio di Telesoccorso) :

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Cognome da sposata (facoltativo) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

SESSO: F M ; STATO CIVILE: \_\_\_\_\_;

è necessario indicare la località e l'indirizzo in cui sarà installato l'apparato. Questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza del richiedente.

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono fisso \_\_\_\_\_

è possibile indicare la residenza del richiedente se diversa dall'ubicazione dell'apparato.

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Campo obbligatorio: recapito telefonico di almeno 1 amico, parente, vicino di casa o soccorritore

1) Tel. \_\_\_\_\_ relativo al/alla signor/a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

È possibile indicare quale medico di medicina generale segue il richiedente del servizio.

Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ ( )

**presenta domanda di attivazione del servizio di telesoccorso e telecontrollo,  
ai sensi della L.R. n. 26/1987**

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, che la persona interessata:

BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO

- di vivere solo o in coppia sola;
- di essere convivente di persona già utente del servizio TSO-TCO o che ne ha chiesto l'attivazione (nominativo della persona convivente: \_\_\_\_\_);
- di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;

- di essere a conoscenza della regolamentazione comunale relativa alla contribuzione a carico dell'utenza del servizio di TSO-TCO;
- ~~che il valore dell'ISEE familiare attuale è di € ===== (informazione facoltativa);~~
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'ISEE familiare (per i Comuni che prevedono una contribuzione a carico dell'utente).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

---

**Da compilarsi a cura del Servizio Sociale**

- SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA**

*Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità.*

**Campi obbligatori:**

- L'Ente Locale ha deliberato la gratuità del servizio per tutti gli utenti.
- L'Ente Locale ha deliberato la partecipazione dell'utenza al costo del servizio. Pertanto, vista la documentazione relativa all'ISEE familiare, il servizio sarà:
  - gratuito;
  - a pagamento per il .....%
  - ISEE NON PRESENTATO: pagamento 100%

**INDICARE ORIENTATIVAMENTE IL LIVELLO DI**

**AUTOSUFFICIENZA: TOTALE  PARZIALE  NULLA  NON DEFINITA**

Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- Affermazioni del richiedente
- Affermazioni di parenti/conoscenti
- Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

**ALTRE INFORMAZIONI UTILI** per l'efficace svolgimento del servizio di telesoccorso e telecontrollo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio Sociale \_\_\_\_\_