

COMUNE DI GAIARINE

U.L.S.S. n. 7 della Regione del Veneto

DOMANDA PER SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ residente a _____
in via _____ telefono _____/
o, in mancanza, n. _____/ _____ relativo al Signor
_____ (nome e cognome del vicino o parente)
via _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo domiciliare ai sensi della legge regionale 4 giugno 1987, n. 26. Al riguardo

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che (barrare le voci che interessano):

- a) vive solo (o in coppia sola)
- b) è stato dichiarato a rischio dai sanitari;
- c) negli ultimi tre anni è stato ricoverato in presidio ospedaliero (precisare i motivi e la durata del ricovero): _____
- d) ha fatto richiesta di essere ospitato in una struttura socio sanitaria;
- e) ha richiesto di essere dimesso da una struttura socio sanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal Servizio domiciliare.

Firma del richiedente

Da compilarsi a cura dell'Ufficio Comunale

Vista la documentazione relativa al reddito mensile, presentata dal richiedente, si precisa che, decorsi i sei mesi di gratuità, il servizio sarà:

- 1) gratuito
- 2) parzialmente gratuito
- 3) integralmente a carico dell'utente

L'addetto all'istruttoria

Il Dirigente

Formula di consenso
per trattamento di dati sensibili

Il/La sottoscritto/a acquisite le informazioni di cui del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati “sensibili” di cui alla legge citata e specificatamente nei **“dati personali idonei a rivelare lo stato di salute”**.

Luogo Data

Nome Cognome

Firma leggibile