



SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONTORAGGIO

Spett.le A.ULSS 5 Polesana	Prot. n. _____
Al Direttore del Distretto	del _____
<input type="checkbox"/> 1 – Rovigo	
<input type="checkbox"/> 2 - Adria	

- 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 il Comune 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 (*) _____ compagnia telefonica _____

(*) Nel caso di impianti telefonici che utilizzino apparati modem o altri terminali (es Fibra Tim, Vodafone, Fastweb etc), l'eventuale interruzione nell'erogazione dell'energia elettrica determina lo spegnimento del modem stesso ed il servizio di telesoccorso non ha alcuna possibilità di funzionare. Per tale ragione si declina qualunque responsabilità in presenza di malfunzionamenti del servizio telefonico dell'utente durante la trasmissione di un allarme.

- è possibile indicare la residenza del richiedente se diversa dall'ubicazione dell'apparato(facoltativo).

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n. _____, telefono _____

- Recapito telefonico di parente, amico, vicino di casa etc. o soccorritore

Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____

Tel. _____ relativo al/alla signor/a _____

(se di più è possibile aggiungere in : altre informazioni utili – pag. 2)

- è possibile indicare il medico di medicina generale del Destinatario 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:

il Destinatario del servizio dichiara - barrare solo le informazioni che si ritengono opportune, non sono obbligatorie :

- 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 (*allegare certificazione medica*);
- 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.

La Regione Veneto ha deliberato la gratuità del servizio per tutti gli utenti (DGR n. 1996 del 06/12/2017).

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE _____

Allega copia della carta di identità in corso di validità

Da compilarsi a cura dell'ENTE

- SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO CON PROCEDURA DI URGENZA**
(Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità)
- 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:

Data _____

Il Responsabile _____