



REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE

SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONTORAGGIO

Spett.le AZIENDA ULSS 4
"Veneto Orientale"
mail telesoccorso@aulss4.veneto.it

prot. n. _____
del _____

ISTANZA DI DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Il/la sottoscritto/a _____ **SESSO:** F M

codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ n° _____

in qualità di (indicare il rapporto con il beneficiario) _____

chiede la disattivazione del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo di cui ha usufruito

il/la Sig./ra

(inserire i dati del beneficiario del servizio di Telesoccorso e Telecontrollo):

Cognome e nome _____ **SESSO:** F M

codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ n° _____

Medico di medicina generale Dott. _____

in riferimento all'apparecchio installato

nel Comune di _____ (____) CAP _____

via _____ n° _____

telefono fisso _____

Richiesta disattivazione Servizio di Telesoccorso, Telecontrollo e Telemonitoraggio

per il/i seguente/i motivo/i

(specificare sempre una delle seguenti motivazioni)

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)

- Assenza rete telefonica fissa;
- Cambio assistenza (es. presenza di badante, utente non più in grado di utilizzare il servizio, ecc.);
- Decesso (indicare la data del decesso _____);
- Linea problematica;
- Morosità della linea;
- Motivi economici;
- Insoddisfazione rispetto al servizio offerto:
specificare i motivi _____
- Ricovero definitivo in struttura;
- Rinuncia al servizio

specificare i motivi _____

- Scadenza contratto
- Trasferimento (es. trasferimento dell'utente in via definitiva da un parente, in altro Comune, ecc.)

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE _____

Da compilarsi a cura dell'ENTE

- SI RICHIEDE, PER I SUDETTI MOTIVI, LA DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Data _____

Il Responsabile _____

Richiesta disattivazione Servizio di Telesoccorso, Telecontrollo e Telemonitoraggio

-