



SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONITORAGGIO

Spett.le Azienda ULSS 8 prot. _____
Distretto del _____
EST
OVEST

Campi obbligatori (indicati in grassetto)

Il sottoscrittola (inserire i dati del Destinatario del servizio di Telesoccorso)

Cognome _____ Nome _____

Cognome da sposato/a (facoltativo) _____

Codice Fiscale/Tessera Sanitaria (allegare fotocopia) _____

sesto: F M stato civile _____

Indicare orientativamente il livello di AUTOSUFFICIENZA:

TOTALE PARZIALE NULLA NON DEFINITA

nato/a _____ Prov. () il _____ Nazionalità _____

- é obbligatorio indicare il Comune e l'indirizzo in cui sarà installato l'apparato. Questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza del richiedente:

indirizzo _____ n. _____ Edificio _____

Comune di _____ Frazione _____ Prov. _____ CAP _____

telefono fisso (*) _____ compagnia telefonica _____

(*) Nel caso di impianti telefonici che utilizzino apparati modem o altri terminali (es Fibra Tim, Vodafone, Fastwebetc), 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.

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

indirizzo _____ n. _____ telefono _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

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

Tel. _____ relativo Signor/a Cognome _____ Nome _____ rapporto** _____

Tel. _____ relativo Signor/a Cognome _____ Nome _____ rapporto** _____

(se di più è possibile aggiungere in : altre informazioni utili - pag. 2)
(**)es genitore figlio, nipote marito ecc., amico... assistente familiare ecc.

- 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:



di vivere solo o in coppia sola;

di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari (allegare certificazione medica e solo in caso di urgenza di attivazione del telesoccorso si chiede che la stessa venga indicata dal medico);

di essere stato ricoverato in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri):

_____ ;

di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare

di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;

di essere convivente di persona già utente del servizio TSO-TCO o che ne ha chiesto l'attivazione (nominativo della persona convivente: _____);

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

Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE

N.B.: Allega copia della carta d'identità valida, codice fiscale/tessera sanitaria

Da compilarsi a cura dell'Ente che raccoglie la domanda

SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA

Fleggare solo se alla domanda è allegata certificazione medica e/o richiesta del servizio sociale che indichi l'urgenza di attivazione del telesoccorso.

(-Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità.)

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

Data _____

Il Responsabile (soggetto che accoglie la domanda)
