



SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONTORAGGIO

Spett.le ENTE _____	prot. n. _____
_____	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 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 (\*) \_\_\_\_\_

*(\*) 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. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( )