



Amministrazione destinataria

Comune di Meda

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali - Sportello
amministrativo

Domanda di accesso al servizio di telesoccorso

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'accesso al servizio di telesoccorso

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

attualmente residente in

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC CAP

il cui alloggio è composto come di seguito indicato

Tipologia alloggio	
<input type="radio"/>	alloggio indipendente
<input type="radio"/>	alloggio in comune
Visibilità del numero civico	
<input type="radio"/>	il numero civico è ben visibile
<input type="radio"/>	il numero civico non è ben visibile
<input type="radio"/>	il numero civico è assente
Stato cancello	
<input type="radio"/>	il cancello è normalmente aperto
<input type="radio"/>	in cancello è normalmente chiuso con apertura dall'interno
<input type="radio"/>	in cancello è normalmente chiuso con lucchetto (specificare la collocazione delle chiavi)
Stato porta di accesso allo stabile	
<input type="radio"/>	la porta di ingresso allo stabile è normalmente aperta
<input type="radio"/>	la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con apertura dall'interno
<input type="radio"/>	la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con lucchetto (specificare la collocazione delle chiavi)

per il seguente motivo

Motivazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- certificato del medico curante con l'indicazione dello stato di salute dell'interessato
- copia del certificato di invalidità civile
- copia della dichiarazione ISEE
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Meda

Luogo

Data

Il dichiarante