



**Città di Melfi**  
**Area Servizi alla Cittadinanza**

DOMANDA PER SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

**Il/La**

**sottoscritto/a**

nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza giusto avviso del Comune di Melfi "Terza età al telecomando".**

**PER SE STESSO : in tal caso indicare di seguito il medico di base e la persona o familiare di riferimento:**

Medico di medicina generale dr. \_\_\_\_\_

**Persona e/o familiare di riferimento:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_

*oppure:*

*in qualità di* \_\_\_\_\_ **PER IL SOTTOINDICATO FAMILIARE:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a MELFI in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ ; medico di base \_\_\_\_\_



**Città di Melfi**  
**Area Servizi alla Cittadinanza**

in qualità di \_\_\_\_\_ PER IL SOTTOINDICATO FAMILIARE:  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a MELFI in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_; medico di base \_\_\_\_\_

**ALLEGA**

1. stato di famiglia
2. Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE 2009 relativa al nucleo familiare in cui vive il beneficiario del servizio relativa ai redditi anno 2008.
3. certificazione medica attestante la patologia , la terapia farmacologica ,i medicinali salvavita

**DICHIARA**

**consapevole che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art.71 del DOR 445/00 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR**

sotto la propria responsabilità che la persona beneficiaria del servizio (barrare le voci che interessano):

- VIVE SOLO       NON VEDENTE     NON UDENTE
- NON DEAMBULANTE     EPILESSIA     DIABETE     PORTATORE DI PROTESI
- GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_     FATTORE (RH) \_\_\_\_\_
- E' STATA DICHIARATA A RISCHIO DAI SANITARI;
- NEGLI ULTIMI TRE ANNI è STATA RICOVERATA IN PRESIDIO OSPEDALIERO (precisare i motivi e la durata del ricovero): \_\_\_\_\_

Melfi li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)



**Città di Melfi**  
**Area Servizi alla Cittadinanza**

*Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”: i dati indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce.*

*Il conferimento dei dati personali richiesti nel presente modulo è obbligatorio: l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di erogare il servizio stesso.*

---