

**SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONITORAGGIO**

Prot. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

Spett.le A.ULSS 5 Polesana

Al Direttore del Distretto

1 – Rovigo

2 - Adria

**Oggetto: istanza di disattivazione del servizio di Telesoccorso - 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** \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_
- 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 SUDDETTI MOTIVI, LA DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile \_\_\_\_\_