



REGIONE DEL VENETO

SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

Prot. n.

Al Dirigente del  
Settore Welfare  
Comune di Treviso

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
cognome da sposata \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_  
SESSO:  F  M ; STATO CIVILE: \_\_\_\_\_;

o in assenza o in sua vece il familiare \_\_\_\_\_  
grado di parentela/rapporto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

indirizzo in cui sarà installato l'apparato. \_\_\_\_\_  
(Se diverso dalla residenza)

Recapito telefonico di almeno 1 amico, parente, vicino di casa o soccorritore:

- Tel. \_\_\_\_\_ relativo al/alla signor/a \_\_\_\_\_
- Grado di parentela \_\_\_\_\_
- Tel. \_\_\_\_\_ relativo al/alla signor/a \_\_\_\_\_
- Grado di parentela \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**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:

**BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO:**

di vivere solo o in coppia sola;

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

di essere stato dichiarato a rischio dai sanitari;

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

- di aver fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
- di aver richiesto di essere dimesso da una struttura sociosanitaria per essere assistito presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare;
- di essere a conoscenza che il servizio non comporta oneri per l'utente, salvo nuove e diverse disposizioni stabilite dall'Amministrazione Comunale;

Il familiare/volontario dichiara che la persona interessata è informata della richiesta e delle modalità di funzionamento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(Il richiedente o per esso il familiare)

=====

**Firma di chi raccoglie la richiesta**

Data \_\_\_\_\_

L'Istruttore Amm.vo Distretto n. \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale Distretto n. \_\_\_\_\_

=====

**Da compilarsi a cura del Servizio Sociale**

**SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA**

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

INDICARE ORIENTATIVAMENTE IL LIVELLO DI

AUTOSUFFICIENZA    TOTALE    PARZIALE    NULLA    NON DEFINITA

Detta indicazione orientativa è espressa sulla base di:

- \_ Affermazioni del richiedente
- \_ Affermazioni di parenti/conoscenti
- \_ Valutazione professionale (del MMG e/o dell'assistente sociale)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale di zona \_\_\_\_\_

**VISTO DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_