



Unione dei Comuni Valle del Garza
Provincia di Brescia
Via Paolo VI n.17 - 25075 NAVE
Tel. 030 2537411 – Fax. 030 2533146
www.comune.nave.bs.it
C.F – P.I. 02392750986



ACB SERVIZI S.R.L.
VIA CRETA, 42 - 25124 BRESCIA
TEL. 030.22.00.11 - 030.24.27.295
FAX 030.22.00.41 - 030.24.77.935
info@acbservizi.it - www.acbservizi.it

Richiesta di ATTIVAZIONE del servizio di TELESOCORSO-TELECONTROLLO DOMICILIARE

IL SOTTOSCRITTO (nome e cognome)NATO A
ILRESIDENTE IN VIA/PIAZZA..... n °.....
COMUNE DI C.A.P.:PROV.
CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

CHIEDE al Comune di

- PER ME STESSO
- PER IL/LA SIGNOR/RA NATO A
ILRESIDENTE IN VIA/PIAZZA n°
COMUNE DI C.A.P.:PROV.
CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

DI POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELECONTROLLO DOMICILIARE

IN CASO DI EMERGENZA AVVISARE LE SEGUENTI PERSONE (* dati necessari per l'attivazione) :

REPERIBILE 1*

Cognome* Nome*
Via/Corso/Viale/Piazza* n°.....
C.A.P.* Comune di Prov.
Numero di telefono abitazione*
Numero telefono mobile

REPERIBILE 2

Cognome..... Nome.
Via/Corso/Viale/Piazza n°.....
C.A.P. Comune di Prov.
Numero di telefono abitazione
Numero telefono mobile

DA CONTATTARE PER ATTIVAZIONE (se diverso dal richiedente)

Cognome* Nome*
Numero di telefono abitazione*
Numero telefono mobile

OPERATORE SOCIALE COMUNALE DI RIFERIMENTO:
Recapito tel.:

- AUTORIZZO L'ARCHIVIAZIONE E LA TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI PERSONALI AGLI ENTI DELLA RETE DEI SERVIZI NEL RISPETTO DEL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA, IN CONFORMITA' AL D.LGS.196/2003

Data Firma RICHIEDENTE

Firma BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente).....

Firma OPERATORE SOCIALE DI RIFERIMENTO