

SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

nome e cognome _____

codice fiscale _____

RICHIEDENTE (se diverso dal beneficiario)

nome e cognome _____

codice fiscale _____

che con la firma del presente modulo 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, di essere:

- tutore
 amministratore di sostegno
 delegato del beneficiario

Il sottoscritto, in qualità di

- beneficiario
 richiedente

PRESENTA DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELECONTROLLO

da installarsi presso:

Comune di _____ CAP _____

Via _____, n. _____

recapito telefonico fisso _____

recapito telefonico mobile (solo in caso di indisponibilità di linea fissa) _____

oppure

- richiede il SUBENTRO, in qualità di persona convivente, nel servizio già attivo a favore del/la signor/a:

_____.

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, che la persona beneficiaria:

- vive solo o in coppia sola, senza presenza di *caregiver*;
 è stata dichiarata a rischio dal medico curante;
 è stata ricoverata in ospedale negli ultimi tre anni (precisare motivi e durata dei ricoveri):

_____;

- ha fatto richiesta di essere ospitato in una struttura sociosanitaria;
 ha richiesto di essere dimessa da una struttura sociosanitaria per essere assistita presso il proprio domicilio dal servizio domiciliare.

Indica di seguito il nominativo e il recapito della/e persona/e che è possibile contattare in caso di necessità legate al beneficiario, dichiarando sin d'ora di aver informato la stessa/le stesse della possibilità di prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali relativa al servizio di telesoccorso/telecontrollo pubblicata sul sito internet dell'Azienda ULSS n. 9, al seguente link <https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=14052> e di essere stato dagli stessi autorizzato a comunicarne i relativi dati, assumendosi diversamente ogni responsabilità conseguente alla comunicazione non autorizzata di dati (i soggetti indicati verranno contattati dagli operatori del servizio di telesoccorso/teleassistenza al fine di verificare la correttezza dei dati inseriti):

Nome e cognome

Legame con il beneficiario
(parente, *caregiver*, vicino, ecc)

Recapito telefonico

Nominativo e recapito telefonico del Medico di medicina generale del beneficiario (facoltativo):

Dott./Dott.ssa _____ recapito telefonico

Dichiara altresì per sé e per il beneficiario:

- di essere stato informato che, se non è stato indicato un numero di telefono fisso sarà necessario dotarsi di una SIM a proprio carico per il funzionamento dell'apparato;
- di aver letto e compreso le informazioni rese ai sensi dell'art. 13 e 14 del GDPR (Regolamento generale sul trattamento dei dati personali UE 679/2016) sul trattamento dei dati personali allegate al presente modulo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente le eventuali variazioni delle informazioni qui riportate;
- di essere stato informato e di accettare le condizioni di accesso al servizio e di sollevare il fornitore da ogni responsabilità per mancata gestione del servizio a seguito di:
 - blackout della linea elettrica per tempo prolungato tale da esaurire la capacità della batteria tampone di cui è dotato l'apparato installato presso il beneficiario;
 - indisponibilità della linea telefonica non imputabile al fornitore e dovuta a problematiche tecniche dell'operatore telefonico che fornisce la linea o amministrative (insoluti, eventuale credito insufficiente) tra il beneficiario e l'operatore telefonico stesso che non consentano il normale utilizzo della linea o non la rendano disponibile.

Luogo e data _____ Il Beneficiario/Richiedente _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ULSS SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE CON PROCEDURA DI URGENZA*(Si raccomanda di limitare le richieste di urgenza ai soli casi di reale necessità.)*

ALTRE INFORMAZIONI UTILI per l'attivazione del servizio:

Luogo e data _____

Firma leggibile _____