REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

ALLEGATO 3: modulo variazioni/disdette

All'Azienda ULSS 9 Scaligera
telesoccorso9@aulss9.veneto.it

Oggetto: Istanza di disattivazione/trasferimento del servizio di Telesoccorso/Telecontrollo.

Il sottoscritto/a _____data di nascita_____

Tel. _____ Residente in _____

CHIEDE

Per il Sig./Sig.ra (se diversa dal richiedente) _____,

data di nascita _____

TITOLARE DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO

☐ **IL TRASFERIMENTO DEL TELESOCCORSO AD ALTRO DOMICILIO DELL'UTENTE**

DA _____ VIA _____ N._____
(comune)

A _____ VIA _____ N._____
(comune)

☐ **LA DISATTIVAZIONE del servizio per il seguente motivo:**

- ☐ Assenza rete telefonica fissa
- ☐ Cambio assistenza: *presenza di badante, utente non più in grado di utilizzare il servizio ecc*.
- ☐ Decesso (**data decesso** _____)
- ☐ Linea problematica
- ☐ Morosità della linea
- ☐ Non soddisfatto del servizio* : specificare i motivi _____
- ☐ Ricovero definitivo in struttura
- ☐ Rinuncia al servizio* (specificare in campo note): _____
- ☐ Trasferimento: trasferimento dell'utente in via definitiva da un parente, altro comune ecc.
- ☐ Altro _____

NOTE: _____

_____

Data ____/____/____ IL RICHIEDENTE

_____

* se la disattivazione è dovuta ad uno dei motivi con asterisco è necessario che la richiesta sia sottoscritta dal diretto interessato o suo delegato.