



Comune di Casalpusterlengo

Provincia di Lodi

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO

TELESOCORSO

Con la presente il/la sottoscritto/a nato/a
a il / / Cod. Fisc.
e residente a in via/p.zza n.
Tel. in qualità di:

diretto interessato

parente della persona per cui si richiede l'attivazione del servizio
(specificare parentela)

Sig./Sig.ra nato/a a il
..... / / Cod. Fisc. e residente a
..... in via/p.zza n. Tel.
.....

CHIEDE

L'attivazione del servizio di telesoccorso/teleassistenza.

A tal fine:

➤ comunico che i familiari di riferimento sono (escluso il compilatore della domanda):

Cognome e Nome _____ Grado parentela
_____ Tel. _____

Cognome e Nome _____ *Grado parentela*
_____ *Tel.* _____

➤ dichiaro di aver preso visione dell'informativa esposta e a richiesta ed autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i..

