


SERVIZIO DI TELESOCCORSO E TELECONTROLLO
BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO 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

- beneficiario
 richiedente

RICHIESTE LA DISATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI TELESOCCORSO E TELECONTROLLO

per il seguente motivo:

- cambio assistenza;
 decesso del beneficiario;
 ricovero definitivo in struttura;
 trasferimento in via definitiva presso altro parente, altro comune, ecc.;
 rinuncia al servizio per i seguenti motivi:
 ❖ linea telefonica problematica
 ❖ morosità (bollette non pagate)
 ❖ altro.....

Luogo e data _____

Il Beneficiario/Richiedente

L'Azienda ULSS n. 4, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale gli stessi sono raccolti, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla " *Informativa sul trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito del servizio di telesoccorso e telecontrollo*" pubblicata nel sito aziendale <https://www.aulss4.veneto.it/amministrazione/informative> .