REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

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

RICHIEDE 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. 2 Marca trevigiana, 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.aulss2.veneto.it/Privacy.