



Amministrazione destinataria

Comune di San Paolo

Ufficio destinatario

Ufficio istruzione, cultura e servizi  
sociali

## Domanda di subentro/disattivazione telesoccorso – telecontrollo domiciliare

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### CHIEDE

il subentro la servizio in qualità di vncicente del titolare

il subentro la servizio in qualità di vncicente del titolare

la disattivazione del servizio a partire dal

Giorno		Mese		Anno	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Attivato a favore di

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

in caso di disattivazione specificare il motivo:

#### Causa

- cambio assistenza (es. presenza badante, familiare, fine bisogno ecc.)
- motivi economici
- decesso
- senza linea telefonica fissa (solo cellulare)
- ricovero definitivo in struttura
- trasferimento in altra abitazione o in altro Comune fuori zona ACB

rinuncia al servizio

Motivo

### COMUNICA

che per il ritiro delle apparecchiature installate a domicilio, contattare

Cognome

Nome

Recapito telefonico

### operatore sociale comunale di riferimento

Cognome

Nome

Recapito telefonico

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di autorizzare l'archiviazione e la trasmissione delle informazioni personali agli enti della rete dei servizi nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità al regolamento UE

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Paolo

Luogo

Data

Il dichiarante