



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 _____

Beneficiario/Richiedente