

**SERVIZIO DI TELESOCOCCORSO E TELECONTROLLO****BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI TELESOCOCCORSO 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 TELESOCOCCORSO 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