



COMUNE DI PROVAGLIO D'ISEO



**Richiesta di SUBENTRO/DISATTIVAZIONE
TELESOCORSO – TELECONTROLLO DOMICILIARE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (nome e cognome) _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE IN VIA _____ N. _____
COMUNE DI PROVAGLIO D'ISEO CAP. 25050 PROV. BS
CODICE FISCALE _____
RECAPITO TELEFONICO _____

CHIEDE al Comune di Provaglio d'Iseo

- il **SUBENTRO** al servizio in qualità di convivente del titolare
- la **DISATTIVAZIONE** del servizio a partire dal _____

ATTIVATO A FAVORE DEL/LA SIG./SIG.RA _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE IN VIA _____ N. _____
COMUNE DI PROVAGLIO D'ISEO CAP. 25050 PROV. BS
CODICE FISCALE _____
RECAPITO TELEFONICO _____

IN CASO DI DISATTIVAZIONE

Si disattiva causa:

- Cambio assistenza (es. presenza badante, familiare, fine bisogno, ecc...)
- Motivi economici
- Rinuncia al servizio (spec. motivo: _____)
- Decesso
- Senza linea telefonica fissa (solo cellulare)
- Ricovero definitivo in struttura
- Trasferimento in altra abitazione o in altro Comune fuori zona ACB

Per il ritiro delle apparecchiature installate a domicilio, contattare:

Cognome: _____ Nome: _____
Recapito telefonico: _____

OPERATORE SOCIALE COMUNALE DI RIFERIMENTO: _____

Recapito telefonico: _____

-
- Autorizzo 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 n. 2016/679 (C.D. GDPR).

Data, _____ Firma RICHIEDENTE _____

Firma del BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente) _____

Firma OPERATORE SOCIALE DI RIFERIMENTO _____

Area Servizi alla Persona – Ufficio Servizi Sociali

Tel: 030 9291227/030 9291231 e-mail: servizisociali@comune.provagliodiseo.bs.it