

Al Comune di CURTATONE  
Area Servizi alla Persona  
Piazza Corte Spagnola, 3  
46010 Curtatone

**OGGETTO: RICHIESTA ALLACCIAMENTO TELESOCORSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_,  
civico \_\_\_\_\_, comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
telefono \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

L'attivazione del servizio di TELESOCORSO:

per se stesso/ il sig./ra \_\_\_\_\_  
presso la via/piazza \_\_\_\_\_,  
civico \_\_\_\_\_, comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
telefono \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_.

Allo scopo si **ALLEGA** modulistica Croce Verde.

**IL RICHIEDENTE**

Curtatone, lì \_\_\_\_\_

---

**DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE N. 679 DEL 2016 (GDPR)**

I dati personali acquisiti nel presente atto saranno usati esclusivamente per le finalità relative al procedimento, per il quale vengono comunicati.

Curtatone, lì \_\_\_\_\_



PUBBLICA ASSISTENZA VOLONTARIA

**CROCE VERDE**

O.D.V.

46100 MANTOVA – VIA G.ROMANO,20/A

Tel. 0376 366666 Fax 0376325218 Cod. Fisc. 93000690201

www.croceverdemantova.it

e-mail: info croceverdemantova.it

## **RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO AL SERVIZIO DI TELESOCORSO**

Il sottoscritto.....in rappresentanza del Comune  
di..... chiede l'allacciamento al servizio di Telesoccorso per  
conto del/della signor/a .....

### **Dati anagrafici dell'assistito/a**

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....

N° telefono fisso ..... Gestore telefonico .....

N° cellulare .....

vive solo?  si  no .....

### **Informazioni sulla residenza**

Nome sul campanello.....

condominio piano .....  casa singola  casa a schiera  corte rurale

con annessi  garage  cantina  soffitta  giardino  cortile  orto  
(da barrare solo nel caso in cui l'assistito vi acceda)

Il numero civico è visibile dalla strada?  si  no

Indicazioni specifiche nel caso si prevedano difficoltà nell'individuare l'abitazione

.....  
.....  
.....

Presenza di animali? si  no  (se si specificare di che animale trattasi)

.....



PUBBLICA ASSISTENZA VOLONTARIA

**CROCE VERDE**

O.D.V.

46100 MANTOVA – VIA G.ROMANO,20/A

Tel. 0376 366666 Fax 0376325218 Cod. Fisc. 93000690201

www.croceverdemantova.it

e-mail: info croceverdemantova.it

Le chiavi di accesso all'abitazione verranno depositate presso:

- CROCE VERDE** (che le depositerà in base alla residenza anche presso altre strutture)

**Collaboratori**

1).....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

2).....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

3).....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

4) .....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

5) .....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

6) .....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

7) .....tel..... cell.....

- figlio  parente  conoscente vicino di casa? si  no ha le chiavi?  si  no

**Il Comune si impegna a comunicare nel più breve tempo possibile eventuali variazioni dei dati contenuti nella presente richiesta**

Verrà installato:

- Apparecchio di proprietà comunale  Apparecchio di proprietà Croce Verde

Data.....

Firma e timbro del Comune



PUBBLICA ASSISTENZA VOLONTARIA

**CROCE VERDE**

O.D.V.

46100 MANTOVA – VIA G.ROMANO,20/A

Tel. 0376 366666 Fax 0376325218 Cod. Fisc. 93000690201

www.croceverdemantova.it

e-mail: info croceverdemantova.it

### **Dichiarazione a firma dell'Utente del servizio di Telesoccorso**

Il sottoscritto.....autorizza i Soccorritori ad effettuare eventuali necessarie effrazioni di serramenti nel caso non fosse possibile l'accesso alla abitazione con le chiavi e non riterrà i soccorritori responsabili di eventuali danni.

Autorizza inoltre la Croce Verde in osservanza a quanto previsto dall'art.13 D.Lgs 30 giugno 2003,al trattamento dei propri dati personali solo ed esclusivamente per le finalità legate al servizio di Telesoccorso.

Firma Utente.....



PUBBLICA ASSISTENZA VOLONTARIA

**CROCE VERDE**

O.D.V.

46100 MANTOVA – VIA G.ROMANO,20/A

Tel. 0376 366666 Fax 0376325218 Cod. Fisc. 93000690201

www.croceverdemantova.it

e-mail: info croceverdemantova.it

**PROFILO SANITARIO** del Signor.....

A cura del Dott. .... tel.....

1) Pressione arteriosa .....

2) Cardiopatie .....

3) Portatore di Pace Maker .....

4) Malattie polmonari e respiratorie.....

5) Malattie Sistema genito-urinario .....

6) Malattie apparato gastro-intestinale .....

7) Malattie sistema nervoso centrale .....

8) Malattie della coagulazione .....

9) Malattie sist.endocrino .....

10) Allergie a farmaci .....

11) Turbe uditive .....

12) Turbe del visus .....

13) Difficoltà di movimento e/o deambulazione .....

14) Malattie infettive.....

15) Malattie delle articolazioni e del tessuto connettivo.....

16) Altro .....

data.....

Firma.....