

OGGETTO: Richiesta attivazione servizio di Telesoccorso

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Mulazzano, Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

chiede l'attivazione del servizio di telesoccorso gestito da codesto Comune e si impegna a corrispondere le tariffe per lo stesso stabilite.

Per l'attivazione di quanto sopra indica quale persona/e di riferimento:

- Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Telefono _____ Cellulare _____

- Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Telefono _____ Cellulare _____

- Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Telefono _____ Cellulare _____

- Sig./Sig.ra _____ Grado di parentela _____

Telefono _____ Cellulare _____

Si allega la relativa scheda compilata dal medico curante.

In fede,

Mulazzano, lì _____

Ai sensi del Regolamento Privacy UE n. 679/2016 si informa che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per procedure amministrative. Maggiori informazioni in materia di privacy: <https://www.comune.mulazzano.lo.it>

FIRMA

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE _____

CONDIZIONI PSICHICHE _____

DIAGNOSI _____

RILIEVI ANAMNESTICI A CARICO DEI VARI ORGANI ED APPARATI:

- APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO _____

- SISTEMA NERVOSO _____

- APPARATO RESPIRATORIO _____

- APPARATO DIGERENTE _____

- APPARATO URO-GENITALE _____

- MALATTIE DEL RICAMBIO _____

- EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI _____

- PATOLOGIE IN ATTO _____

- TERAPIE IN CORSO _____

- NOTE _____

.....

(Timbro e Firma)