



SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE A R.L.

DOMANDA DI ATTIVAZIONE

SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

Il / La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov (____) il _____
e residente a _____ Prov (____) in Via _____ N. _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di "telesoccorso e teleassistenza"

☐ Per se stesso

☐ Per il Beneficiario indicato

BENEFICIARIO: Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov (____) il _____
e residente a _____ Prov (____) in Via _____ N. _____
tel. _____ cell. _____

Codice fiscale _____

☐ AUTOSUFFICIENTE

☐ NON AUTOSUFFICIENTE

Eventuali persone da contattare per l'attivazione:

Cognome e nome	Grado di parentela	Telefono

L'impianto telefonico di cui il Beneficiario del servizio dispone è:

☐ LINEA TEL FISSA

GESTORE TELEFONICO _____

☐ dispone SOLO DI CELLULARE

☐ possiede una VODAFONE STATION O SIMILARI

L'apparecchio telefonico di cui il Beneficiario del servizio dispone è:

☐ DA TAVOLO

☐ CORDLESS

☐ A MURO

Data _____

Firma _____