

 	RICHIESTA ATTIVAZIONE URGENTE TELESOCORSO/TELECONTROLLO		Mod. 8505/41	
			02/05/19	Rev. 03

Spett.

COOPERATIVA SOCIALE MARIA CECILIA ONLUS
Via Ambrosetti 4/a
13900 Biella
fax 015406931

**OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE URGENTE DEL SERVIZIO DI
TELESOCORSO/TELECONTROLLO (servizio in concessione dal Consorzio IRIS)**

Il/la sottoscritto/a:

COGNOME E NOME	
NATO/A A	IL
RESIDENTE A	VIA
TELEFONO	

in qualità di (*crociare la voce scelta*):

<input type="checkbox"/>	diretto/a interessato/a
<input type="checkbox"/>	tutore
<input type="checkbox"/>	amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	prossimo congiunto (<i>specificare grado di parentela</i>):
<input type="checkbox"/>	altro (<i>specificare</i>):

richiede l'installazione **URGENTE** della seguente tipologia di impianto di **TELESOCORSO/TELECONTROLLO** (*crociare l'opzione scelta*):

- terminale di telesoccorso/telecontrollo collegato a rete telefonica fissa (attualmente non compatibile con compagnie telefoniche di rete fissa Vodafone e Fastweb): € 23,40 al mese;
- telesoccorso/telecontrollo collegato attraverso rete telefonica mobile: € 23,40 al mese;
- terminale telesoccorso/telecontrollo con sensore di caduta: € 26,00 al mese;
- personal GPS: € 29,90 al mese (tariffa valida fino al 31/12)

N.B.: Traffico telefonico ed eventuale SIM card a carico dell'utente.

a favore (*crociare la voce scelta*)

<input type="checkbox"/>	del sottoscritto (<i>se diretto interessato</i>)	
<input type="checkbox"/>	della persona sotto indicata:	
COGNOME E NOME		
NATO/A A	IL	
RESIDENTE A	VIA	
TELEFONO	STATO CIVILE	

e si impegna a (*crociare la voce scelta*):

<input type="checkbox"/>	pagare l'intero costo del servizio nella misura di € mensili
<input type="checkbox"/>	rivolgersi ai Servizi Sociali competenti per perfezionare la pratica di richiesta prestazione agevolata entro 30 giorni dall'avvenuta attivazione del Servizio, consapevole che il mancato perfezionamento di tale pratica nei tempi previsti comporterà il pagamento da parte sua dell'intero costo del servizio, pari a € mensili

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di dati personali) si informa che il trattamento dei dati personali, raccolti da questo Ente o comunque forniti allo stesso, è finalizzato unicamente allo svolgimento dei compiti istituzionali previsti dalla legge ed avviene nel rispetto della normativa vigente.

Il conferimento di dati personali è strettamente necessario ai fini dello svolgimento dei servizi richiesti.

I dati personali relativi all'interessato potranno essere comunicati a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità per cui è stata richiesta la prestazione e non saranno soggetti a diffusione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice; le richieste per l'esercizio dei diritti possono essere inoltrate al Responsabile individuato dalla Cooperativa Sociale "Il Cammino" via Ambrosetti n. 4/a Biella.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto richiedente dichiara di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di dati personali) e autorizza la Cooperativa Sociale Il Cammino di Biella in qualità di concessionario del servizio per conto del Consorzio IRIS, nonché eventuali incaricati del trattamento, a trattare i propri dati personali, sensibili e giudiziari per le finalità istituzionali dello stesso.

Il sottoscritto acconsente che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute ai soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità per cui è stata richiesta la prestazione.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

PER CORRISPONDENZA, COMUNICAZIONI TELEFONICHE E PAGAMENTI FARE RIFERIMENTO (*crociare la voce scelta*)

<input type="checkbox"/>	al/alla diretto/a interessato/a
<input type="checkbox"/>	alla persona sotto indicata:
COGNOME E NOME	
NATO/A A	IL
RESIDENTE A	VIA
TELEFONO	

COME E' VENUTO/A A CONOSCENZA DEL SERVIZIO (*crociare la voce scelta*):

<input type="checkbox"/>	Servizio sociale di territorio	<input type="checkbox"/>	Incontri/Convegni
<input type="checkbox"/>	Medico di base	<input type="checkbox"/>	Stampa
<input type="checkbox"/>	Geriatra	<input type="checkbox"/>	Volantini/Locandine
<input type="checkbox"/>	Altro utente del Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	Altro (<i>specificare</i>):