

DISATTIVAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO, TELECONTROLLO E TELEMONITORAGGIO

Spett.le ENTE	prot. n.
Azienda ULSS 6 Euganea	del

- *Campi obbligatori (inserire i dati del Beneficiario del servizio):*

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (__) il _____ SESSO: F M ;

- *è necessario indicare il Comune e l'indirizzo in cui è installato l'apparato. Questo indirizzo potrebbe coincidere con la residenza*

Comune di _____ CAP _____

Indirizzo _____ n. _____,

telefono fisso (*) _____

CHIEDE

La disattivazione del servizio di telesoccorso e telecontrollo per il seguente motivo:

cambio assistenza: presenza di badante, utente non più in grado di utilizzare il servizio

decesso

ricovero definitivo in struttura

trasferimento in via definitiva presso altro parente, altro comune, ecc.

rinuncia al servizio per i seguenti motivi:

linea telefonica problematica

morosità (bollette non pagate)

altro.....

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____

*Allegare copia del documento di identità del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario.

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e dei dati relativi allo stato di salute, e concedo il consenso al trattamento di tali dati, per finalità di natura amministrativa, ai sensi del Regolamento Europeo (GDPR) n. 2016/679 e del Codice della privacy D.Lgs. n. 196/2003, come modificato e integrato dal D.L. n. 101/2018

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____

I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello on line, avvengono con le modalità descritte nell'informazione ai sensi dell'art. 13 e 14 del regolamento europeo (UE 2016/679), pubblicate nel portale aziendale (<https://www.aulss6.veneto.it/Privacy>)