



ALLEGATO 3: modulo variazioni/disdette

All'Azienda ULSS 9 Scaligera

telesoccorso9@aulss9.veneto.it

Oggetto: Istanza di disattivazione/trasferimento del servizio di Telesoccorso/Telecontrollo.

Il sottoscritto/a _____ data di nascita _____

Tel. _____ Residente in _____

CHIEDE**Per il Sig./Sig.ra (se diversa dal richiedente) _____,****data di nascita _____****TITOLARE DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO** **IL TRASFERIMENTO DEL TELESOCORSO AD ALTRO DOMICILIO DELL'UTENTE**DA _____ VIA _____ N. _____
(comune)A _____ VIA _____ N. _____
(comune) **LA DISATTIVAZIONE del servizio per il seguente motivo:**

- Assenza rete telefonica fissa
- Cambio assistenza: *presenza di badante, utente non più in grado di utilizzare il servizio ecc.*
- Decesso (**data decesso** _____)
- Linea problematica
- Morosità della linea
- Non soddisfatto del servizio* : specificare i motivi _____
- Ricovero definitivo in struttura
- Rinuncia al servizio* (specificare in campo note): _____
- Trasferimento: trasferimento dell'utente in via definitiva da un parente, altro comune ecc.
- Altro _____

NOTE: _____

Data ____ / ____ / ____

IL RICHIEDENTE

* se la disattivazione è dovuta ad uno dei motivi con asterisco è necessario che la richiesta sia sottoscritta dal diretto interessato o suo delegato.