

| | | |
|--|--|--|
| | Amministrazione destinataria Provincia Autonoma di Trento | |
| | Ufficio destinatario Ufficio Protocollo | |

Domanda di accesso al servizio di telesoccorso

| Il sottoscritto | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome | | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | |
| | | | | | | | | | | |

CHIEDE

l'accesso al servizio di telesoccorso

| <input type="radio"/> | per sè stesso | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|------------------|--|----------------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | |
| Cognome | | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Sesso | Data di nascita | | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| In qualità di (*) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

In qualità di ():*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| Il cui alloggio è composto come di seguito indicato | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tipologia alloggio | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | alloggio indipendente | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | alloggio in comune | | | | | | | | |
| Visibilità del numero civico | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | il numero civico è ben visibile | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | il numero civico non è ben visibile | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | il numero civico è assente | | | | | | | | |
| Stato cancello | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | il cancello è normalmente aperto | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | in cancello è normalmente chiuso con apertura dall'interno | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | in cancello è normalmente chiuso con lucchetto (specificare la collocazione delle chiavi) | | | | | | | | |
| Stato porta di accesso allo stabile | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | la porta di ingresso allo stabile è normalmente aperta | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con apertura dall'interno | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> | la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con lucchetto (specificare la collocazione delle chiavi) | | | | | | | | |

per il seguente motivo**Motivazione****Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

| | | |
|-------|------|----------------|
| | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |