



Comune di S. Egidio del Monte Albino

PROVINCIA DI SALERNO

Al Sindaco

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di
Sant'Egidio Monte Albino

MODULO RICHIESTA "TELESOCORSO"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/_____ Residente in Sant'Egidio del Monte Albino alla via _____
n. _____ C.F. _____ Tel ___/_____

PER SE STESSO

PER IL SIG./LA SIG.RA _____

nato/a a _____ il ___/___/_____

Residente in Sant'Egidio del Monte Albino alla via _____ n. _____

C.F. _____ Tel ___/_____

di poter usufruire del servizio di "telesoccorso".

A tal fine si allega alla presente

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente, (nel caso in cui la richiesta venga effettuata da delegato, allegare documento di identità di entrambi i richiedenti in corso di validità);
2. attestazione ISEE in corso di validità;
3. Certificazione attestante lo stato di parziale autosufficienza o handicap;

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Sant'Egidio del Monte Albino _____

Firma
