

Allegato A

Protocollo della cooperativa N. _____ del _____

Spett.le Cooperativa Sociale C.S.S. Onlus
Piazza Libertà, 54
73012 Campi Salentina

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA **Progetto “ Un Amico in Più”**

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(*Cognome e nome*) (*Luogo di nascita*)

il _____ residente a _____ in _____
(*Data di nascita*) (*C.A.P. - Luogo di residenza - Provincia*) (*Via/Piazza/Vicolo*)

_____ n. _____ C.F. _____
(*Numero civico*) (*Codice Fiscale*)

telefono n. _____
(*Recapito telefonico*)

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza per :

Se Stesso

Per il proprio familiare : _____
(*Nome e Cognome del soggetto per cui si richiede il servizio*)

Allega la seguente documentazione :

🕒 *documento di riconoscimento in corso di validità*

🕒 *Certificato medico o di invalidità*

🕒 *Stato di famiglia*

(*eventuale ulteriore documentazione*)

Data _____ FIRMA _____

I_ sottoscritt _ _____ ai sensi della L. 196/2003 autorizza il
trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per il presente progetto .

Data _____ FIRMA _____