



Unione dei Comuni Valle del Garza  
Provincia di Brescia  
Via Paolo VI n.17 - 25075 NAVE  
Tel. 030 2537411 – Fax. 030 2533146  
[www.comune.nave.bs.it](http://www.comune.nave.bs.it)  
C.F – P.I. 02392750986



ACB SERVIZI S.R.L.  
VIA CRETA, 42 - 25124 BRESCIA  
TEL. 030.22.00.11 - 030.24.27.29  
FAX 030.22.00.41 - 030.24.77.93  
info@acbservizi.it - www.acbservizi.it

**Richiesta di CHIUSURA / MODIFICA del servizio di  
TELESOCORSO-TELECONTROLLO DOMICILIARE**

IL SOTTOSCRITTO (nome e cognome) .....NATO A .....  
IL .....RESIDENTE IN VIA/PIAZZA..... n °.....  
COMUNE DI ..... C.A.P.: .....PROV. ....  
CODICE FISCALE .....  
RECAPITO TELEFONICO .....

**CHIEDE al Comune di .....**

- il **SUBENTRO** al servizio in qualità di convivente del titolare
- la **DISATTIVAZIONE** (a partire dal .....

**DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELECONTROLLO DOMICILIARE**

ATTIVATO A FAVORE DEL SIGNOR/RA ..... NATO A .....  
IL .....RESIDENTE IN VIA/PIAZZA ..... n° .....  
COMUNE DI ..... C.A.P.: .....PROV. ....  
CODICE FISCALE .....  
RECAPITO TELEFONICO .....

**IN CASO DI DISATTIVAZIONE:**

Per il ritiro delle apparecchiature installate a domicilio, contattare:

Cognome: ..... nome: .....  
Via/Piazza .....n°.....  
Comune di .....C.A.P. .... Prov. ....  
Recapito tel.: .....

**OPERATORE SOCIALE COMUNALE DI RIFERIMENTO:** .....  
Recapito tel.: .....

- AUTORIZZO L'ARCHIVIAZIONE E LA TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI PERSONALI AGLI ENTI DELLA RETE DEI SERVIZI NEL RISPETTO DEL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA, IN CONFORMITA' AL D.LGS.196/2003

Data ..... Firma RICHIEDENTE .....

Firma del BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente).....

Firma OPERATORE SOCIALE DI RIFERIMENTO .....