

OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO TELEASSISTENZA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F.: _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

In qualità di _____ Tel/Cell. _____

Mail.: _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di teleassistenza a favore di:

- Se stesso
- Familiare (specificare grado di parentela) _____
- Altro

Per il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____ C.F.: _____

Residente a Cavenago di Brianza in Via _____ n. _____ Scala ____ piano ____

Tel. _____

Indicare di seguito i nominativi di familiari o parenti di riferimento:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	TELEFONO

Attivazione del servizio a partire dal:

Data

In fede