

	Telesoccorso Formulario di richiesta	Formulario Settore Telesoccorso
Redatto: S. Codioli Approvato: K. Bogiani	Formulario di richiesta abbonamento telesoccorso	Ultima modifica 11.10.2010 11:07:00

DATI RICHIEDENTE

Cognome: _____
 Nome: _____
 Telefono _____
 Via e no. _____ Data di nascita: _____
 NAP _____ App. no. _____
 Località _____ Piano app. _____

PERSONE DI FIDUCIA, DA CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO, NEL SEGUENTE ORDINE:

Cognome	Nome	Domicilio	Telefono	Chiavi
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

MEDICI, ASSISTENZA DOMICILIARE, ...

Aiuto domiciliare _____ Tel. _____
 Aiuti speciali _____ Tel. _____
 Medico curante _____ Tel. studio _____
 _____ Tel. privato _____
 Specialista _____ Tel. studio _____
 _____ Tel. privato _____
 Cassa malati _____
 Ass. econ. domestica _____
 Diagnosi _____

Presa telefono estraibile Si No Presa corrente 220V nelle vicinanze? Si No

Per l'installazione contattare: _____

Luogo e data: _____

Firma: _____