



**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LARINO**  
**UFFICIO DI PIANO**  
c/o Comune di Larino  
Piazza Duomo  
Larino –CB  
Tel. 0874-8281 -Fax 0874-825093  
e-mail [atslarino@virgilio.it](mailto:atslarino@virgilio.it); [atslarino@pec.it](mailto:atslarino@pec.it)  
[www.atslarino.it](http://www.atslarino.it)

## DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se stesso

o nella qualità di  figlio/a,  genitore,  tutore,  curatore,  altro (specificare) \_\_\_\_\_ per conto

del/lla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

di usufruire del Servizio di Telesoccorso e Teleassistenza

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'articolo 2 dell'Avviso Pubblico.

Allega alla presente:

- certificazione ISEE, rilasciata ai sensi del D.P.C.M n.159 del 5.12.2013;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e/o dell'interessato.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 163/06.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_