



**COMUNE DI PORTO MANTOVANO**  
PROVINCIA DI MANTOVA  
*- Ufficio Servizi Sociali -*

**RICHIESTA DI ALLACCIAMENTO AL SERVIZIO DI TELESOCORSO**

Il sottoscritto..... residente a -----  
chiede l'allacciamento al servizio di Telesoccorso per :

\_ se stesso

- conto del signor/a .....

**Dati anagrafici dell'assistito/a**

Data di nascita.....

Residenza.....

n° telefono fisso .....

n° cellulare .....

vive solo?            si            no .....

**Informazioni sulla residenza**

Nome sul campanello.....

condominio            casa singola            casa a schiera            corte rurale

con annessi    garage    cantina    soffitta    giardino    cortile    orto  
(da barrare solo nel caso in cui l'assistito vi acceda)

Altro.....

Il numero civico è visibile dalla strada?            si            no

Indicazioni specifiche nel caso si prevedano difficoltà nell'individuare l'abitazione

.....  
.....

Presenza di animali?    si     no  (se si specificare di che animale trattasi)

.....



**COMUNE DI PORTO MANTOVANO**  
PROVINCIA DI MANTOVA  
*- Ufficio Servizi Sociali -*

Le chiavi di accesso all'abitazione verranno depositate presso:

**CROCE VERDE**

**Altro Ente.....**

**Collaboratori**

1).....tel..... cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

2).....tel..... cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

3).....tel..... cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

4) .....tel..... cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

5) .....tel..... ..cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

6) .....tel..... ..cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

7) .....tel..... ..cell.....

figlio  parente  conoscente vicino di casa?  si  no ha le chiavi?  si  no

**Il Comune si impegna a comunicare nel più breve tempo possibile eventuali variazioni dei dati contenuti nella presente richiesta**

Verrà installato:

Apparecchio di proprietà comunale

Apparecchio di proprietà Croce Verde

Data.....

Firma e timbro del Comune





**COMUNE DI PORTO MANTOVANO**  
PROVINCIA DI MANTOVA  
*- Ufficio Servizi Sociali -*

**PROFILO SANITARIO** del Signor.....

A cura del Dott. .... tel.....

- 1) Pressione arteriosa .....
- 2) Cardiopatie .....
- 3) Portatore di Pace Maker .....
- 4) Malattie polmonari e respiratorie.....
- 5) Malattie Sistema genito-urinario .....
- 6) Malattie apparato gastro-intestinale .....
- 7) Malattie sistema nervoso centrale .....
- 8) Malattie della coagulazione .....
- 9) Malattie sist.endocrino .....
- 10) Allergie a farmaci .....
- 11) Turbe uditive .....
- 12) Turbe del visus .....
- 13) Difficoltà di movimento e/o deambulazione .....
- 14) Malattie infettive.....
- 15) Malattie delle articolazioni e del tessuto connettivo.....
- 16) Altro .....



**COMUNE DI PORTO MANTOVANO**  
PROVINCIA DI MANTOVA  
*- Ufficio Servizi Sociali -*

data.....

Firma.....