



SERVIZIO DI TELESOCORSO

ATTENZIONE: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

• DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome:	Nome:	
Nato/a il:	a:	Prov.:
Città:	Prov.:	
Via/Piazza:	n°:	
Telefono:	Cellulare:	

• CARATTERISTICHE ABITAZIONE

Citofono:	Piano:	Scala:
(Eventuale) ingresso da via:		n°:
Vive solo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (compilare la sezione Anagrafica convivente)		
La chiave dell'abitazione si trova presso l'Associazione/ente _____ di _____		

• ANAGRAFICA CONVIVENTE

Cognome:	Nome:	
Nato/a il:	a:	Prov.:
(Eventuale) altro recapito telefonico:		

• PERSONE DA CONTATTARE

➤ COLLABORATORE 1	Relazione:	<input type="checkbox"/> PARENTE	<input type="checkbox"/> VICINO	<input type="checkbox"/> CONOSCENTE
Cognome:	Nome:			
Città:	Prov.:			
Via/Piazza:	n°:			
Tel. abitazione:	Tel lavoro:		Cellulare:	
Possiede le chiavi dell'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Quanto tempo occorre per recarsi presso l'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> 1/2 min	<input type="checkbox"/> 3/4 min	<input type="checkbox"/> più 5 min	
➤ COLLABORATORE 2	Relazione:	<input type="checkbox"/> PARENTE	<input type="checkbox"/> VICINO	<input type="checkbox"/> CONOSCENTE
Cognome:	Nome:			
Città:	Prov.:			
Via/Piazza:	n°:			
Tel. abitazione:	Tel lavoro:		Cellulare:	
Possiede le chiavi dell'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Quanto tempo occorre per recarsi presso l'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> 1/2 min	<input type="checkbox"/> 3/4 min	<input type="checkbox"/> più 5 min	
➤ COLLABORATORE 3	Relazione:	<input type="checkbox"/> PARENTE	<input type="checkbox"/> VICINO	<input type="checkbox"/> CONOSCENTE
Cognome:	Nome:			
Città:	Prov.:			
Via/Piazza:	n°:			
Tel. abitazione:	Tel lavoro:		Cellulare:	
Possiede le chiavi dell'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Desidera essere informato di ogni richiesta di assistenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Quanto tempo occorre per recarsi presso l'abitazione dell'utente?	<input type="checkbox"/> 1/2 min	<input type="checkbox"/> 3/4 min	<input type="checkbox"/> più 5 min	