

TELESOCCORSO
Accettazione
ordinaria

All'Associazione Confraternita di Misericordia di
Montopoli di Sabina
e, per conoscenza, all'Unione di Comuni della Bassa Sabina
(Loro sedi)

L SOTTOSCRITT _____ nat_ a _____
il _____ e residente in _____ Via/Piazza _____ N° ____
telefono 0765 _____ secondo telefono _____

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Telesoccorso e teleassistenza svolto
da codesta Associazione in convenzione con l'Unione di Comuni della Bassa Sabina

Per sé stesso

Per _l_ signor_ _____ nat_ a _____
il _____ e residente in _____ Via/Piazza _____ N° ____
telefono 0765 _____ secondo telefono _____

Dichiara altresì:

di impegnarsi al pagamento mensile del contributo relativo al Servizio che è stato
definito in € 18,00 mensili, comprensive delle spese di attivazione, secondo le
modalità previste.

Si autorizza codesta Associazione al trattamento dei dati personali qui forniti ai fini
dell'erogazione del Servizio richiesto ai sensi della legge 31/12/1996 n. 675.

Data _____

IL RICHIEDENTE _____