



Amministrazione destinataria
Comune di Santa Margherita Ligure

Ufficio destinatario
Servizi sociali

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											
<input type="text"/>											

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

per il seguente motivo

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

componente n. 1

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Stato civile		Rapporto di parentela		
Professione		% Disabilità		

componente n. 2

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Stato civile		Rapporto di parentela		
Professione		% Disabilità		

componente n. 3

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Stato civile		Rapporto di parentela		
Professione		% Disabilità		

componente n. 4

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Stato civile

Rapporto di parentela

Professione

% Disabilità

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Santa Margherita Ligure

Luogo

Data

il dichiarante