



Amministrazione destinataria  
Comune di Santa Margherita Ligure

Ufficio destinatario  
Servizi sociali

## Domanda di accesso al servizio di telesoccorso

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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'accesso al servizio di telesoccorso

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

**il cui alloggio è composto come di seguito indicato****Tipologia alloggio**

- alloggio indipendente
- alloggio in comune

**Visibilità del numero civico**

- il numero civico è ben visibile
- il numero civico non è ben visibile
- il numero civico è assente

**Stato cancello**

- il cancello è normalmente aperto
- il cancello è normalmente chiuso con apertura dall'interno
- in cancello è normalmente chiuso con lucchetto *(specificare la collocazione delle chiavi)*

**Stato porta di accesso allo stabile**

- la porta di ingresso allo stabile è normalmente aperta
- la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con apertura dall'interno
- la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con lucchetto *(specificare la collocazione delle chiavi)*

**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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da

 **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
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Professione		% Disabilità	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**componente n. 3**

Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Professione		% Disabilità	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**componente n. 4**

Cognome		Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile		Rapporto di parentela	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Professione		% Disabilità	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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 di 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