

 <p>CITTÀ DI PAULLO</p>	<p>Al Comune di Paullo</p> <p>Codice ISTAT 015169</p> <p>Ufficio destinatario</p>	
--	---	--

Domanda di accesso al servizio assistenza domiciliare handicap (ADH)

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono casa	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata (domicilio digitale)	

CHIEDE

l'accesso al servizio di assistenza domiciliare handicap (ADH)

<input type="checkbox"/>	per sè stesso			
<input type="checkbox"/>	per il seguente familiare o tutelato			
	In qualità di (*)			
	Cognome	Nome	Codice Fiscale	
	Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza

In qualità di ()*:

curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo
Motivazione richiesta

Valendosi della facoltà prevista 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

Nome	Cognome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)

Grado di parentela ()*:

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (**)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

DICHIARA di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Consenso al trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento comunitario 27/04/2016, n. 2016/679)

<input type="checkbox"/>	dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, che è il titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. GLOBO srl è stata da questa esclusivamente incaricata quale responsabile del trattamento.
--------------------------	--

Paullo		
Luogo	Data	Il dichiarante