

	Amministrazione destinataria Comune di Nave Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	
---	---	--

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero per disabili

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

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

<input type="radio"/>	per sè stesso																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th colspan="2">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="1">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="1"></td> </tr> <tr> <th colspan="6">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale								Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza							In qualità di (*)											
Cognome		Nome		Codice Fiscale																																	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza																																
In qualità di (*)																																					

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura			
Tipo struttura			
<input type="radio"/>	semi-residenziale (CDD – CSE - SFA)		
<input type="radio"/>	residenziale		
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)

sita in				
Provincia	Comune		Indirizzo	
			Civico	CAP

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 di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Numero protocollo DSU
€		

Eventuali annotazioni

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

- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati (specificare)

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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Nave

Luogo

Data

Il dichiarante