

**Amministrazione destinataria**

Comune di Cene

**Ufficio destinatario**

Assistente sociale

**Domanda di accesso alla comunità socio sanitaria****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 |                          |
|                    |        |                |                  |                               |                          |

**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 alla comunità socio sanitaria

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

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

**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 |
| 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**

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

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**