

Amministrazione destinataria

Comune di Marnate

Ufficio destinatario

Settore servizi alla Persona e Transizione digitale

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare

II sottos	critto										
Cognome				Nome			Codice Fis	cale			
			_								
Data di nasci	ta		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinan	za			
Residenza Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CVD
Piovilicia	Comune		IIIuiiizzo		CIVICO	Darrato	interno	Jeana	Piallo		CAP
Telefono cellulare Telefono fisso)	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
domicilia	azione dell	e comunic	azioni rela	tive al procediment)						
(articolo 3-bis	s, comma 4-quii	nquies del Decret	o Legislativo 07	7/03/2005, n. 82)							
l sottoscritto	chiede che le	comunicazioni	relative al pro	cedimento trasmesse dall'Ar	nministrazion	e vengano invi	ate al segue	nte indirizzo	di posta ele	ttronica	
				CI.	IEDE						
					IEDE						
rerogazio	one del sei	vizio di ass	sistenza ad	omiciliare							
O per s	sé stesso										
		c									
O per i	i seguente	familiare o	tutelato								
soggetto	interessa	ito									
Cognome				Nome			Codice Fis	cale			
Data di nasci	ta		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinan	za			
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Titalo dal dis	hiawanta (a d		ntuntava di	tana suratara anarente er		eniteriale	,				
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											

() sura della persona								
cura della personapulizia ambienti								
altro (specificare)								
C did o population								
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 bei	neficiario è	composto da						
componente n. 1								
Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Dannorto di parentola					
Stato Civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
componente n. 2		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Data ur nastita	36890	Luogo ui liascita		Cittaunianza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Stato civile Professione			Rapporto di parentela % Disabilità					
Professione		Nome		Codice Fiscale				
Professione Componente n. 3	Sesso	Nome Luogo di nascita		Codice Fiscale Cittadinanza				
Professione componente n. 3 Cognome	Sesso							
Professione Componente n. 3 Cognome Data di nascita	Sesso		% Disabilità					

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Stato civile			Rapporto di parentela					
Professione			% Disabilità					
Eventuali annotazioni (numero massimo d	i caratteri: 800	D)						
		Flanco des	rli allogati					
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 dell'attestazione IS								
copia del documento di identità e della tessera sanitaria (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.								
Marnate								
Luogo		Data		il dichiarante				