



Amministrazione destinataria

Comune di Caravaggio

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali

Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare minori (ADM)

Il sottoscritto

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

per il seguente familiare o tutelato

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

presso la cooperativa scelta (vedi elenco allegato nella guida del procedimento)

Nome cooperativa

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

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		
Professione	% Disabilità		

- di assumere tutte le spese connesse al servizio richiesto, fatta salva l'eventuale domanda di compartecipazione, in caso di inadempimento, l'Amministrazione si riserva l'opportunità di sospendere il servizio
- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

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.

Caravaggio

Luogo

Data

il dichiarante