


| | | |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria Comune di Arcene Ufficio destinatario Servizi sociali | |
|---|---|--|

Domanda di accesso al centro diurno integrato (CDI)

| Il sottoscritto | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale |
| | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | |
| Telefono fisso | Telefono cellulare | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata | |
| | | | | |

CHIEDE

l'accesso al centro diurno integrato (CDI)

| <input type="radio"/> | per sè stesso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|------------------|--------------|----------------|--|--|--|-----------------|-------|------------------|--------------|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></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

| attualmente residente 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

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

| Cognome | Nome | 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

| Eventuali annotazioni |
|-----------------------|
| |

Elenco degli allegati

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della dichiarazione ISEE |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | 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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | | |
|--------|------|----------------|
| Arcene | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |