

	Amministrazione destinataria Comune di Covo Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
---	---	--

Domanda di attivazione dei servizi di centro diurno per disabili (CDD), progetto territoriale disabili (PTD)

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

CHIEDE

l'erogazione del servizio di

☐	centro diurno per disabili (CDD)
☐	progetto territoriale disabili (PTD)

Soggetto interessato			
☐	per sè stesso		
☐	per il seguente familiare o tutelato		
	Cognome	Nome	Codice Fiscale
	Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita

attualmente residente in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

per il seguente motivo	
Motivazione richiesta	

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, il 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

☐ di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

☐ nominativo di riferimento

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

☐ ulteriore nominativo di riferimento

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

Eventuali annotazioni**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 del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Covo

Luogo

Data

Il dichiarante