

**Amministrazione destinataria**

Regione Lazio

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di accesso alla comunità socio sanitaria**Il sottoscritto**

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |

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 sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

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

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 |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile | | Rapporto di parentela | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Professione | | % Disabilità | |
| <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.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

il dichiarante