


Amministrazione destinataria

Regione Lazio

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta dei servizi residenziali o semi residenziali

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 | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | <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

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta

- per sè 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 | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | <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, familiare, tutore legale, ecc.) | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

fissata dalla seguente struttura

Tipo struttura

- semi-residenziale
 residenziale

Denominazione struttura

Sede

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

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 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 | |
| <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"/> | | |

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 |