

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Stradella</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio interventi sociali</p>	
---	--	--

Domanda di accesso al servizio di formazione all'autonomia

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 servizio di formazione all'autonomia

<input type="radio"/>	per sè stesso			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato			
	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, 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

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità - copia tessera sanitaria - certificato medico terapia farmacologica in atto - <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare) dispositivo di nomina misura di protezione giuridica

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.
--------------------------	--

Stradella		
Luogo	Data	Il dichiarante