



Amministrazione destinataria

Comune di Andria

Ufficio destinatario

Servizio Socio Sanitario

Domanda di accesso al centro sociale polivalente per diversamente abili

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	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="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 al centro sociale polivalente per diversamente abili

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

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	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="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, 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 dalle seguenti persone che coabitano stabilmente con lo stesso

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il beneficiario

altri parenti altrove domiciliati

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Professione

composizione del nucleo familiare e situazioni problematiche	
Composizione nucleo familiare	
<input type="checkbox"/>	numero di minori da 0 a 3 anni compiuti alla data di presentazione della domanda
	Numero di minori
<input type="checkbox"/>	numero di minori da 3 anni e un giorno a 6 anni compiuti alla data di presentazione della domanda
	Numero di minori
<input type="checkbox"/>	numero di persone affette da grave malattia invalidante
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone in stato di gravidanza
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile fino al 66%
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone titolari d'invalidità sulla base di certificazione rilasciata da qualsiasi altro ente diverso dalla commissione medica invalidi civili
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 66% al 73%
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 74% al 100%
	Numero di persone

<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile al 100% con accompagnamento ovvero persone di età inferiore ai 18 anni titolari di indennità di accompagnamento
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone di età inferiore ai 18 anni titolare di assegno di frequenza
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco ventesimista"
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco assoluto" o "sordomuto"
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone riconosciute portatrici di grave handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3 e art. 33 comma 3
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	che si tratta di nucleo familiare monogenitoriale per separazione, divorzio o decesso ovvero di un nucleo con madre nubile vivente in situazione di non convivenza con altri soggetti
<input type="checkbox"/>	numero di persone con specifiche e documentate gravi problematiche psichiatriche accertate dal centro di salute mentale
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con specifica e documentata dipendenza patologica accertata dal SERT
	Numero di persone

DICHIARA INOLTRE

di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica

Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
<input type="text"/>	<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 della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

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.

Andria

Luogo

Data

il dichiarante