

	<b>Amministrazione destinataria</b> <b>Comune di Andria</b>	
	<b>Ufficio destinatario</b> Servizi welfare, politiche della famiglia e tutela dei minori, non autosufficienza, disagio adulti e povertà	

## Domanda di accesso al centro socio educativo e riabilitativo

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

### CHIEDE

l'accesso al centro socio educativo e riabilitativo

<input type="radio"/>	per sè stesso																						
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					In qualità di (*)							
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	Barrato	Piano

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

composizione del nucleo familiare e situazioni problematiche	
<b>Composizione nucleo familiare</b>	
<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% (punteggio 5.1)
	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 (punteggio 5.2)
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 66% al 73% (punteggio 5.3)
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile dal 74% al 100% (punteggio 5.4)
	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 (punteggio 5.5)
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone di età inferiore ai 18 anni titolare di assegno di frequenza (punteggio 5.6)
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco ventesimista" (punteggio 5.7)
	Numero di persone
<input type="checkbox"/>	numero di persone con invalidità civile perché "cieco assoluto" o "sordomuto" (punteggio 5.8)
	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 (punteggio 5.9)
	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
€		

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)*

<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.
--------------------------	--

Andria		
Luogo	Data	Il dichiarante