

	Amministrazione destinataria Comune di Porto Mantovano  Ufficio destinatario	
---	---	--

## Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare minori

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

### CHIEDE

l'accesso al servizio di assistenza domiciliare minori

<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	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

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, in 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 <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.
--------------------------	--

Porto Mantovano		
Luogo	Data	Il dichiarante