

Ufficio destinatario
Ufficio servizi sociali

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
Scala	Piano	SNC	CAP		
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

il cui alloggio è composto come di seguito indicato

Tipologia alloggio

- ☐ alloggio indipendente
- ☐ alloggio in comune

Visibilità del numero civico

- ☐ il numero civico è ben visibile
- ☐ il numero civico non è ben visibile
- ☐ il numero civico è assente

Stato cancello

- ☐ il cancello è normalmente aperto
- ☐ il cancello è normalmente chiuso con apertura dall'interno
- ☐ in cancello è normalmente chiuso con lucchetto *(specificare la collocazione delle chiavi)*

Stato porta di accesso allo stabile

- ☐ la porta di ingresso allo stabile è normalmente aperta
- ☐ la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con apertura dall'interno
- ☐ la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con lucchetto *(specificare la collocazione delle chiavi)*

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	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		
Professione	% Disabilità		

☐ **componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile	Rapporto di parentela		
Professione	% Disabilità		

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

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.

Porto Mantovano

Luogo

Data

il dichiarante