

	Amministrazione destinataria Comune di Dosolo	
	Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali	

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

☐	per sè stesso																																																																																														
☐	per il seguente familiare o tutelato																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza														Residenza										Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP										☐		In qualità di (*)																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																									
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																									
Residenza																																																																																															
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																					
									☐																																																																																						
In qualità di (*)																																																																																															

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura			
Tipo struttura			
☐	semi-residenziale		
☐	residenziale		
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)

sita in										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	

per il seguente motivo

Motivazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

☒	copia dell'attestazione ISEE
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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.
--------------------------	--

Dosolo

Luogo

Data

Il dichiarante