

	Amministrazione destinataria Comune di Trasaghis Ufficio destinatario Ufficio segreteria	
---	---	--

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
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

CHIEDE

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

<input type="radio"/>	per sè stesso				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato				
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza
In qualità di (*)					

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura			
Tipo struttura			
<input type="radio"/>	semi-residenziale		
<input type="radio"/>	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
								<input type="checkbox"/>	

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)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<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.
--------------------------	--

Trasaghis		
Luogo	Data	Il dichiarante