



**Amministrazione destinataria**

Comune di Morrovalle

**Ufficio destinatario**

Servizi Sociali

## Domanda di accesso al servizio educativo extrascolastico disabili

### Il sottoscritto

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

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso al servizio educativo extrascolastico disabili

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

|  |           |        |                  |        |                |         |       |       |     |     |
|--|-----------|--------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| 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, familiare, tutore legale, ecc.) |           |        |                  |        |                |         |       |       |     |     |

### 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 (\*)

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastra, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

#### Professione (\*\*)

imprenditore libero professionista, dirigente impiegato, lavoratore in proprio, operaio e assimilati, coadiuvante, casalinga, studente, disoccupato/in cerca di prima occupazione, pensionato/ritirato dal lavoro, altra condizione non professionale

#### 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 certificazione medica attestante handicap grave
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento d'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

Morrovalle

Luogo

Data

il dichiarante