



Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

## Domanda di accesso alla comunità socio sanitaria

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                  |                          |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                       | Scala                    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      |                               | Piano                    |
|                      |                      |                      |                      |                               | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      |                               | CAP                      |
|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                          |

### 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 alla comunità socio sanitaria

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Cognome                                                                                                  |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale       |                          |
| <input type="text"/>                                                                                     |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                          |
| Data di nascita                                                                                          | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza         |                          |
| <input type="text"/>                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                          |
| Residenza                                                                                                |                      |                      |                      |                      |                          |
| Provincia                                                                                                | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                    |
| <input type="text"/>                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      | Piano                    |
|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      | CAP                      |
|                                                                                                          |                      |                      |                      |                      |                          |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.) |                      |                      |                      |                      |                          |
| <input type="text"/>                                                                                     |                      |                      |                      |                      |                          |

**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       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         | <input type="text"/>  |                      |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |

☐ **componente n. 2**

|                      |                       |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                  | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         | <input type="text"/>  |                      |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |

☐ **componente n. 3**

|                      |                       |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                  | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Cittadinanza         | <input type="text"/>  |                      |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |

☐ **componente n. 4**

|                      |                      |                       |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                  | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita      | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Stato civile         |                      | Rapporto di parentela |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  |                      |
| Professione          |                      | % Disabilità          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  |                      |

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 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.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Luogo                | Data                 | il dichiarante       |