

	Amministrazione destinataria Comune di Sulmona Ufficio destinatario Servizi alla persona	
---	---	--

Domanda di accesso al servizio del centro diurno sociale Alzheimer

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

CHIEDE

di poter frequentare il Centro Diurno Alzheimer "R. Caracciolo"

<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

CHIEDE INOLTRE

<input type="checkbox"/>	di usufruire del servizio di trasporto										
<input type="checkbox"/>	trasporto all'andata										
<input type="checkbox"/>	trasporto al ritorno										

previsto per il seguente periodo

Periodo		Dal giorno	Dalle ore	Al giorno	Alle ore						
<input type="radio"/>	singolo o multiplo										
Periodo		Dal giorno								Al giorno	Alle ore
<input type="radio"/>	ricorrente (*)										
Ricorrenza		Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom	Dalle ore	Alle ore	
<input type="radio"/>	settimanale ogni: settimane	<input type="checkbox"/>									
Ricorrenza									Dalle ore	Alle ore	
<input type="radio"/>	mensile ogni giorno:	ogni: mesi									
Ricorrenza									Dalle ore	Alle ore	
<input type="radio"/>	mensile ogni:					di ogni mesi					
Periodo											
<input type="radio"/>	altro periodo (specificare)										

Esempi di compilazione per periodo ricorrente (*):

esempio ricorrenza settimanale: "ogni 2 settimane **Mar** dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni giorno 5 ogni 3 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

esempio ricorrenza mensile: "ogni **primo lunedì** di ogni 2 mesi dalle ore 17:00 alle ore 22:00"

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

di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti

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 del certificato del medico curante
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato di diagnosi del medico specialista
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del verbale di invalidità civile o della domanda presentata alla medicina legale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del verbale di invalidità per il riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del beneficiario <i>(da allegare se il richiedente è diverso dal beneficiario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del documento di 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.
--------------------------	--

Sulmona		
Luogo	Data	Il dichiarante