

	Amministrazione destinataria Comune di Alassio Ufficio destinatario	
---	---	--

Domanda di accesso al servizio educativo domiciliare minori

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

l'accesso al servizio educativo domiciliare minori

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																																																											
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td colspan="3"> </td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <th colspan="9">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Provincia</th> <th colspan="2">Comune</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2"> </td> <td colspan="3"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="12">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="12"> </td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza											Residenza									Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP											<input type="checkbox"/>		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																																																																																	
										<input type="checkbox"/>																																																																																		
In qualità di (*)																																																																																												

In qualità di (*):

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

per il seguente motivo		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Motivazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Motivazione	
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 ():*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (**):*

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

che l'altro genitore ha espresso il consenso alla domanda

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Alassio		
Luogo	Data	Il dichiarante