



Amministrazione destinataria

Comune di Meda

Ufficio destinatario

Ufficio Servizi Sociali - Sportello
amministrativo

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

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di ():
 amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà 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 Piano SNC CAP

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)

copia della dichiarazione ISEE residenziale

copia del documento d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

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)

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.

Meda

Luogo

Data

Il dichiarante