



DOMANDA DI INTERVENTO DI COMUNITA' PER ANZIANI

Il/la Sig. /a(di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

residente a

In Via.....n°

CAP.....tel..... Sesso F M

MEDICO CURANTE

Recapito :

In caso di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

il/la Sig./ a

Residente a in vian°

tel.....

in qualità di:

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'attivazione degli interventi di Comunità per anziani ai sensi della D.G.R n° 218/2012

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM DICHIARA CHE IL RICHIEDENTE

è domiciliato presso il luogo di residenza

oppure

è domiciliato a in via..... n°

in possesso della certificazione ISEE in corso di validità

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt.75, 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno l'applicazione delle sanzioni di legge.

Il sottoscritto dichiara di aver **preso visione dell'informativa dettagliata** sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 (General Data Protection Regulation o GDPR) e del decreto legislativo 196/2003 e ss.mm.ii. affissa presso il desk informazioni del Servizio e visibile sul sito istituzionale dell'Ente al

seguate indirizzo:

http://www.comune.laspezia.it/Comune/PROTEZIONE_DATI/protezione_dati.html

IL DICHIARANTE

(data) (firma)

(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)