



Amministrazione destinataria

Comune di Silvi

Ufficio destinatario

Servizi sociali

## 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 responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

### fissata dalla seguente struttura

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 (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 d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- copia dell'attestazione ISEE
- 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.

Silvi

Luogo

Data

Il dichiarante