

**Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali**

**Domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare e Territoriale per l'infanzia e l'adolescenza**

**Il/La Destinatario/a**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

- minore soggetto a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
- minore segnalato dai servizi dell'area materno-infantile dell'A.S.L.;
- minore appartenente ad un nucleo familiare già seguito dai Servizi Sociali del Comune;
- minore segnalato dalle istituzioni scolastiche.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

**Allega**, alla presente domanda **(contrassegnarli con una X)**:

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato medico, laddove previsto;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .

\*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante