



Amministrazione destinataria  
 Comune di Bozzolo  
 Ufficio destinatario  
 Ufficio Protocollo

## Domanda di intervento da parte del servizio sociale

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'intervento del servizio sociale

- per sé stesso o per la propria famiglia
- per il seguente familiare o tutelato/amministrato

### soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											
<input type="text"/>											

**per il seguente motivo**

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**

di possedere il seguente ISEE

Importo		Data di rilascio		Data di scadenza	
	€				

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

**componente n. 1**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso		Luogo di nascita	
					Cittadinanza
Stato civile		Rapporto di parentela			
Professione		% Disabilità			

**componente n. 2**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso		Luogo di nascita	
					Cittadinanza
Stato civile		Rapporto di parentela			
Professione		% Disabilità			

**componente n. 3**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso		Luogo di nascita	
					Cittadinanza
Stato civile		Rapporto di parentela			
Professione		% Disabilità			

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	% Disabilità		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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)*

- decreto di nomina del tutore o amministratore di sostegno
- documentazione socio sanitaria-rilevante
- documentazione comprovante lo stato di necessità
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**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.

Bozzolo

Luogo

Data

il dichiarante