

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Liguria<br><br>Ufficio destinatario<br>Ufficio Protocollo |  |
|--|---|--|

## Domanda di accesso al servizio di assistenza per l'autonomia personale

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

### CHIEDE

l'accesso al servizio di assistenza per l'autonomia personale

| <input type="radio"/>   | per sè stesso                        |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------------|---------|------------------|--|------|----------------|---------|----------------|---------|--------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----------------|--|------------------|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--------|--|-----------|--|--|--------|---------|-------|---------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/>   | per il seguente familiare o tutelato |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="4">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th colspan="2">Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="4">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Provincia</th> <th colspan="2">Comune</th> <th colspan="3">Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="10">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> </tbody> </table> |                                      | Cognome |                  |  | Nome |                |         | Codice Fiscale |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Sesso | Data di nascita |  | Luogo di nascita |  |  | Cittadinanza |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Residenza |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Provincia | Comune |  | Indirizzo |  |  | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  | In qualità di (*) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cognome   |                                      |         | Nome             |  |      | Codice Fiscale |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sesso   | Data di nascita                      |         | Luogo di nascita |  |      | Cittadinanza   |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Residenza   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Provincia   | Comune                               |         | Indirizzo        |  |      | Civico         | Barrato | Scala          | Interno | SNC                      | CAP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         | <input type="checkbox"/> |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| In qualità di (*)   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                      |         |                  |  |      |                |         |                |         |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*In qualità di (\*):*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| per il seguente motivo   |             |  |
|--|-------------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0e0e0;">Motivazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table> | Motivazione |  |
| 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

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela (*) | Professione (**) |
|---------|------|-----------------|------------------------|------------------|
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |
|         |      |                 |                        |                  |

*Grado di parentela (\*):*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (\*\*):*

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

| Eventuali annotazioni |
|-----------------------|
|                       |

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile                            |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | 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)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

|              |             |                       |
|--------------|-------------|-----------------------|
|              |             |                       |
| <b>Luogo</b> | <b>Data</b> | <b>Il dichiarante</b> |