



Amministrazione destinataria  
Unione lombarda dei Comuni Centuriati  
di Bonemerse e Malagnino

Ufficio destinatario  
Ufficio Socio-Assistenziali

## Domanda di attivazione di servizi sociali

**ATTENZIONE:** per la compilazione telematica di questa istanza è necessario accedere allo sportello telematico con la TS-CNS del genitore.

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

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di

<input type="radio"/>	centro diurno per disabili (CDD)
<input type="radio"/>	centro socio educativo (CSE)
<input type="radio"/>	residenza sanitaria disabili (RSD)
<input type="radio"/>	centro diurno integrato (CDI)
<input type="radio"/>	inserimento nella graduatoria residenze sanitarie assistenziali (RSA)
<input type="radio"/>	assistenza domiciliare (SAD)
<input type="radio"/>	comunità socio sanitaria (CSS)
<input type="radio"/>	assistenza ad personam (SAP) in ambito scolastico
<input type="radio"/>	assistenza ad personam (SAP) in ambito extrascolastico
<input type="radio"/>	assistenza ad personam (SAP) per attività estive (centri estivi, GREST)
<input type="radio"/>	formazione all'autonomia (SFA)
<input type="radio"/>	inserimento lavorativo (SIL)

Soggetto interessato			
<input type="radio"/> per sè stesso			
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita

attualmente residente in							
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano

per il seguente motivo
Motivazione richiesta

### CHIEDE INOLTRE

l'applicazione del costo del servizio in base dell'ISEE secondo quanto previsto dal sistema tariffario vigente

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

**nominativo di riferimento**

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"/>					
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

**ulteriore nominativo di riferimento**

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"/>					
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

S

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 della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- 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.

Malagnino

Luogo

Data

Il dichiarante