

|  |                                                              |  |
|--|--------------------------------------------------------------|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Provincia Autonoma di Trento |  |
|  | Ufficio destinatario<br>Ufficio Protocollo                   |  |

## Domanda di accesso al centro diurno integrato

| 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 centro diurno integrato

| <input type="radio"/> | per sè stesso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                  |  |        |                |       |                |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|--|--------|----------------|-------|----------------|--------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----------------|--|------------------|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--------|--|-----------|--|--------|---------|-------|---------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                  |  |        |                |       |                |                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |                 |  |                  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |        |  |           |  |        |         |       |         |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </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> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </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 |
|------------------------|
| 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

[illegible]

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"/> | <b>copia del documento d'identità</b><br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <b>altri allegati</b> (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>Lugogo</b> | <b>Data</b> | <b>Il dichiarante</b> |