## Amministrazione destinataria

Comune di Pavia



## Ufficio destinatario

Coordinamento Attività amministrativa

## Domanda di accesso al servizio di telesoccorso

SNC CAP							
SNC CAP							
SNC CAP							
SNC CAP							
SNC CAP							
SNC CAP							
SNC CAP							
ı elettronica							
SNC CAP							
SNC CAP							
CHIEDE  l'accesso al servizio di telesoccorso  per sé stesso per il seguente familiare o tutelato  soggetto interessato							

il cui alloggio è composto come di seguito indicato Tipologia alloggio								
O 5	<ul> <li>alloggio in comune</li> </ul>							
	Visibilità del numero civico  il numero civico è ben visibile							
() i	il numero civico non è ben visibile							
() i	○ il numero civico è assente							
Stato cancello  il cancello è normalmente aperto								
() i								
() i	n cancello è normalmente	e chiuso co	on lucchetto (specificare la	a collocazione delle chiavi)				
	Stato porta di accesso allo stabile  la porta di ingresso allo stabile è normalmente aperta							
O 1	la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con apertura dall'interno							
O 1	la porta di ingresso allo stabile è normalmente chiusa con lucchetto (specificare la collocazione delle chiavi)							
per il seguente motivo								
IVIOLIVAZ	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 il nucleo familiare del beneficiario è composto da								
	omponente n. 1							
Cognom	ne		Nome		Codice Fiscale			
Data di	nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Stato ci	ivile			Rapporto di parentela				

% Disabilità

Professione

componente n. 2		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
Data di Hascita	36330	Luogo di Hascita		Cittaulilaii2a
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	
☐ componente n. 4				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
buta di Naserta	30330	Laugo di Nascita		
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	
Eventuali annotazioni (numero massimo d	li carattori. 900	1)		
Eventuali annotazioni (numero massimo u	ir caratteri. ooc	,		

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 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.
Pavia

Data

il dichiarante

Luogo