

	Amministrazione destinataria Comune di Santa Margherita Ligure  Ufficio destinatario Servizi Integrati alla Persona	
---	---	--

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

### CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

<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	Cittadinanza
	In qualità di (*)			

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

fissata dalla seguente struttura			
Tipo struttura			
<input type="radio"/>	semi-residenziale		
<input type="radio"/>	residenziale		
Denominazione struttura			
Telefono	Fax	E-mail (posta elettronica ordinaria)	E-mail PEC (domicilio digitale)

sita in				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP

**per il seguente motivo**

Motivazione

Eventuali annotazioni

**Elenco degli allegati**

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

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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Comune di Santa Margherita Ligure

Luogo

Data

Il dichiarante