	versione 1.3 del 08/04/2022
Amministrazione destinataria Regione Basilicata	
Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
Domanda di accesso alla comunità s	ocio sanitaria

Common Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP Indirizzo Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata CHIEDE CCESSO Por il seguente familiare o tutelato		scritto									
efono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria Der sè stesso Der il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Residenza Provincia Residenza Provincia Comune Indirizzo Inqualità di (*): min qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo	gnome				Nome		Codice F	scale			
esidenza ovincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP lefono cellulare Telefono fisso Posta elettronica ordinaria Posta elettronica certificata CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP qualità di (*): Iministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo											
CHIEDE COdice Fiscale Codice Fiscale Chiedinanza Chie	ta di nasci	ita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadina	nza			
Telefono fisso Posta elettronica ordinaria CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria Per sè stesso Per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Cittadinanza Frovincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP Posta elettronica cordinaria Posta elettronica cordinaria CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria CHIEDE CCESSO Per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Cittadinanza Frovincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP CAP COP COP COP COP COP CO											
Common Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP Indirizzo Posta elettronica ordinaria Posta elettronica cordinaria Posta elettronica cordinaria CHIEDE CCESSO alla comunità socio sanitaria per sè stesso	cidonza										
CHIEDE CCesso alla comunità socio sanitaria per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): Imministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale ver il seguente motivo		Comune			Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
CHIEDE Incresso alla comunità socio sanitaria Incresso alla comunità socio sanitaria Incresso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Cognome Nome Codice Fiscale Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Social Interno SNC CAP In qualità di (*): In qualità di (*): In qualità di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale In seguente motivo											
CHIEDE Iccesso alla comunità socio sanitaria per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): Imministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale ver il seguente motivo											
per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo	efono cell	ulare	Telefono fiss	0	Posta elettronica ordinaria		Posta ele	ttronica cer	rtificata		
per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale ler il seguente motivo											
per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo					CHIEDE		'				
per sè stesso per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): Imministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo		alla somi	ınità aggia a	onitorio	51						
per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune In qualità di (*): In qualità di (*): In qualità di (*): In qualità di (*): In provincia comune responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo	cesso	alia Comi	iriita socio s	annana							
per il seguente familiare o tutelato Cognome Nome Codice Fiscale Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): In qualità di (*): In qualità di (*): In provincia comune responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale Provincia comune responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale	per	sè stesso									
Cognome Nome Codice Fiscale	-			tutelato							
Sesso Data di nascita Luogo di nascita Cittadinanza Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): In qualità di (*): In ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale Per il seguente motivo	1			ratolato	Nome		Codice F	scale			
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP											
Residenza Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): In qualità di (*): In ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale per il seguente motivo											
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale per il seguente motivo	Sess	o Data	di nascita		Luogo di nascita		Cittadina	nza			
Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Interno SNC CAP In qualità di (*): In qualità di (*): In ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo											
In qualità di (*): qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale per il seguente motivo											
In qualità di (*): qualità di (*): ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo					Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
qualità di (*): Iministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo			ine		IIIdii izzo	CIVICO				I	
qualità di (*): Iministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo			ine		munizzo	S.V.CO					1
er il seguente motivo	Provi	incia Com	ine		munizzo	SIVICE					
ministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale er il seguente motivo	Provi	incia Com	ine		HIUHIZZO	- Sivies					
er il seguente motivo	Provi	incia Com	ine		IIIUIII220	0.000					
	Provi	incia Comi	ine		IIIUIII220						
	In qualità d	incia Comi		esercente respo							
OUV 422 (OTIC	In qualità de ministrat	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respoi							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							
	In qualità di ministrater il se	alità di (*)	gno, curatore, ε	esercente respo							

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

0	N	Bata di accessita	01	Buston in the
Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Professione (**)
Grado di parentela (*):				
coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella	a, genitore,suocero/suocera, gene	ero/nuora, altro pai	rente o affine, convivente	
Professione (**):				
	egato, operaio, imprenditore, liber	ro professionista, I	avoratore in proprio, socio di coop	erativa, coadiuvante, casalinga
pensionato, disoccupato, infante,				
Eventuali annotazioni				
Eventuali annotazioni				
	Flor	nco degli alleg	ıati	
	(barrare tutti gli allegati richiesti in fa			
copia del documento d		,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
(da allegare se il modulo è sotto				
altri allegati (specificare)				
	Informativa sul	trattamento de	ei dati personali	
			e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.	
dichiara di aver pres	o visione dell'informativa re	elativa al tratta	ımento dei dati personali pı	ubblicata sul sito internet
istituzionale dell'Amn	ninistrazione destinataria,	titolare del tra	ttamento delle informazioni	trasmesse all'atto della
presentazione della p	oratica.			

Il dichiarante