

Data di nascita |__|__|____| Nato/a
a _____ Prov. _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Tessera Sanitaria _____

Residenza: Città _____ Via _____ C.A.P. _____

Domicilio (solo se diverso da residenza):

Città _____ Via _____

C.A.P. _____

Telefono utente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email _____

Nazionalità:

- Italiana
- Comunitaria _____
- Extracomunitaria _____
- Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza |__|__|__| scadenza _____
Tipo _____
Elenco _____
- Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
- Protezione
- Irregolare

Stato civile:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Unioni civile
- Convivente
- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

Invalidità _____%

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG /Pediatra _____

CHIEDE:

- La presa in carico per L'ACCESSO ai Percorsi per l'Autonomia, la Vita indipendente e per il Dopo di Noi e le Attività specifiche per le persone con disturbo dello spettro autistico;

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 6.6 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Luogo e Data

Firma

Allegati:

- *Documenti di Identità del Richiedente*
- *Documento d'Identità del Beneficiario*
- *Documentazione sanitaria;*