





**Eventuali variazioni intervenute**

Mi impegno, a comunicare ogni variazione delle informazioni fornite.

**Documenti allegati**

- Invalidità civile
- Verbale commissione L. 104
- copia atto di nomina a rappresentante legale della persona segnalata rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
(scrivere giorno/mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Progetto di cura domiciliare
- Consenso al trattamento dei dati personali

**ALLEGO altresì copia del seguente documento di identità in corso di validità:**

- carta d'identità
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**(solo per cittadini extracomunitari) ALLEGO inoltre copia di:**

- permesso soggiorno
- carta soggiorno
- ricevuta domanda rilascio copia/permesso di soggiorno

Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_  
(Allegare copia documento d'identità in corso di validità)

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**

**Da compilare SOLO se la presente segnalazione è firmata in presenza dell'Assistente Sociale**

Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 dichiaro che la presente segnalazione è stata firmata in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra (scrivere cognome e nome) \_\_\_\_\_ della cui identità mi sono accertata/o mediante il seguente documento d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data (scrivere giorno/mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**

**Da compilare SOLO se la presente segnalazione viene consegnata già sottoscritta**

Ricevuto in data \_\_\_\_\_ Il Funzionario addetto \_\_\_\_\_

Ai sensi della L. n. 241/1990 si comunica che il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Rossella Di Marzo

