

Amministrazione destinataria

Regione Abruzzo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di accesso al servizio di formazione all'autonomia

### Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza		Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

l'accesso al servizio di formazione all'autonomia

per sè stesso

per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale								
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza		Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

**in qualità di (\*)**

Ruolo

*In qualità di (\*):  
amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

**per il seguente motivo**

## 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 veritieri e di falsità in atti,

## DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è composta da

### *Grado di parentela (\*)*

*coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente*

### *Professione (\*\*)*

*studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro*

### *Disabilità (\*\*\*)*

*nessuna, 1%-33%, 34%-45%, 46%-50%, 51%-66%, 67%-74%, 75%-99%, 100%*

### **Eventuali annotazioni**

**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.

Luogo

Data

Il dichiarante