



Al PUA del Comune di \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO UNICO DISTRETTUALE PER L'ASSISTENZA DELLE PERSONE  
CONDIZIONE DI DISABILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ GRAVISSIMA  
OVVERO IN FAVORE DI CAREGIVER FAMILIARI**

**Istanza (Allegato 1)**

**DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE:**

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

PEC (se in possesso) \_\_\_\_\_

Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Comunicazione dell'indirizzo presso il quale inviare la valutazione conclusiva laddove diverso  
dalla residenza \_\_\_\_\_**

**IN QUALITÀ DI:**

- destinatario     tutore     titolare della potestà genitoriale     amministratore di sostegno  
 familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI ASSISTITO:**

Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

PEC (se in possesso) \_\_\_\_\_

Domiciliato/a in (se diverso dalla residenza) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Invalidità \_\_\_\_\_% Indennità di accompagnamento: \_\_\_\_\_

Medico di base: MMG /Pediatra \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire delle prestazioni previste ai sensi del regolamento unico distrettuale per l'assistenza delle persone condizione di disabilità, non autosufficienza e disabilità gravissima ovvero in favore di caregiver familiari

Dichiara di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati dal Comune di \_\_\_\_\_, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per la presente procedura e per le attività connesse ai fini istituzionali dell'Ente.

Luogo e data  
..... / /

Firma  
\_\_\_\_\_