



Cofinanziato dall'Unione europea



Regione Toscana



## SOCIETÀ della SALUTE SENESE

### Modulo di Domanda - Azione 4

#### Progetto INSIEME

(cod. 312736 - Codice CUP I69G24000010006)

**AZIONE 4 – Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie**

### Domanda di richiesta Buono Servizio

#### DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE DEL BUONO SERVIZIO

##### IL MINORE:

Cognome.....Nome.....

Comune e provincia di nascita..... (.....) Data nascita .....

Codice Fiscale: 

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

Sesso: *maschio*  *femmina*

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente presso il Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza/Strada \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

*(allegare documento d'identità del minore per il quale si presenta la richiesta del buono servizio)*

##### Pediatra del minore:

Cognome.....Nome.....

##### Assistente Sociale di riferimento:

(se già in carico al servizio sociale)

Cognome.....Nome.....

##### SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione:  *primo contatto*  *richiesta valutazione successiva*

## GENITORI/TUTORI:

Cognome.....Nome.....

In qualità di  genitore  tutore  segnalante

Indirizzo .....  
(se diverso da quello del minore)

N. telefono .....

**Indirizzo email:** \_\_\_\_\_

*(verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto INSIEME)*

Presentando la domanda, Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa trattamento dati ai sensi degli Artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 allegata al presente avviso (Allegato 2) e reperibile nel sito aziendale al seguente link: <https://www.sds-senese.it/privacy>,

**Firma**.....  
*(allegare documento d'identità)*

Cognome.....Nome.....

In qualità di  genitore  tutore  segnalante.

Indirizzo .....  
(se diverso da quello del minore)

N. telefono .....

**Indirizzo e.mail:** \_\_\_\_\_

*(verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto INSIEME)*

Presentando la domanda, Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa trattamento dati ai sensi degli Artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 allegata al presente avviso (Allegato 2) e reperibile nel sito aziendale al seguente link: <https://www.sds-senese.it/privacy>,

**Firma**.....  
*(allegare documento d'identità)*

## Allegati obbligatori:

1. Scheda di iscrizione partecipanti minori di 18 anni (**Allegato 1**);
2. Documenti di identità;
3. Certificazione ai sensi della L. 104/1992;
4. Relazione della specialistica rilasciata dal Dott.:

Nome ..... Cognome.....

in data .....

La relazione dello specialista, rilasciata da parte del Servizio Pubblico, dovrà essere aggiornata agli ultimi 6 mesi dalla data di presentazione della domanda