

Modulo di Domanda - Azione 4

SOCIETÀ della SALUTE SENESE

Progetto INSIEME

**“Interventi di Sostegno sul territorio Senese alla cura domiciliare”
(cod. 312736 - Codice CUP I69G24000010006)**

Domanda di richiesta di buono servizio

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE DEL BUONO SERVIZIO

IL MINORE:

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

Luogo di nascita..... Data nascita

Codice Fiscale:

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

Sesso: *maschio* *femmina*

Residente presso il Comune _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____

Nazione _____ Cittadinanza _____

Titolo di studio _____

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

SEGNALAZIONE

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

GENITORI/TUTORI:

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

In qualità di genitore tutore segnalante

Indirizzo segnalatore.....

N. telefono segnalatore.....

Indirizzo e.mail: _____

(verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto INSIEME)

Firma.....

(allegare documento d'identità)

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

In qualità di [] genitore [] tutore [] segnalante.

Indirizzo segnalatore.....

N. telefono segnalatore.....

Indirizzo e.mail: _____

(verrà utilizzato per le comunicazioni relative al Progetto INSIEME)

Firma.....

(allegare documento d'identità)

Allegati obbligatori:

1. Scheda di iscrizione FSE - cfr. Allegato 8;
2. Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali;
3. Documenti di identità;
4. Relazione dello specialista 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