

**Amministrazione destinataria**

Comune di Merì

**Ufficio destinatario**4° Settore - Area Demografica- Socio  
Assistenziale**Domanda di attivazione del servizio di consegna farmaci a domicilio****Il sottoscritto**

|                    |                |        |                             |                |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Interno | 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)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l'erogazione del servizio di consegna farmaci a domicilio

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

|  |           |        |                  |                |              |         |       |       |     |     |
|--|-----------|--------|------------------|----------------|--------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome  |           | Nome   |                  | Codice Fiscale |              |         |       |       |     |     |
| Data di nascita  |           | Sesso  | Luogo di nascita |                | Cittadinanza |         |       |       |     |     |
| Residenza  | Provincia | Comune | Indirizzo        | Civico         | Barrato      | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |           |        |                  |                |              |         |       |       |     |     |

**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 veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

**componente n. 1**

|                 |  |       |                       |                |              |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                       | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita      |                | Cittadinanza |
| Stato civile    |  |       | Rapporto di parentela |                |              |
| Professione     |  |       | % Disabilità          |                |              |

**componente n. 2**

|                 |  |       |                       |                |              |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                       | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita      |                | Cittadinanza |
| Stato civile    |  |       | Rapporto di parentela |                |              |
| Professione     |  |       | % Disabilità          |                |              |

**componente n. 3**

|                 |  |       |                       |                |              |
|-----------------|--|-------|-----------------------|----------------|--------------|
| Cognome         |  | Nome  |                       | Codice Fiscale |              |
| Data di nascita |  | Sesso | Luogo di nascita      |                | Cittadinanza |
| Stato civile    |  |       | Rapporto di parentela |                |              |
| Professione     |  |       | % Disabilità          |                |              |

**componente n. 4**

|                      |                       |                      |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                  | Codice Fiscale       |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita      | Sesso                 | Luogo di nascita     | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stato civile         | Rapporto di parentela |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |
| Professione          | % Disabilità          |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

**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.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

il dichiarante