

**DOMANDA DI INGRESSO AI SERVIZI PER ADULTI CON DISABILITÀ**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso ai seguenti servizi:

- Struttura diurna  
 Integrazione Lavorativa o Integrazione Sociale in contesto Lavorativo (S.I.L.)  
 Integrazione Sociale (S.I.S.)  
 Interventi domiciliari (legge 162/98, legge 284/97)  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Struttura residenziale

Preso visione del regolamento dell'ULSS 2 Marca trevigiana relativo al concorso degli utenti alla spesa socio-assistenziale, si impegna a versare con puntualità - e con le modalità che verranno indicate - l'importo previsto per il tipo di intervento richiesto.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_, espresso il proprio assenso alla presente  
 richiesta, si impegna all'osservanza di quanto sopra.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma

Si allega la seguente documentazione:

- 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

Dati del richiedente:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_  
 Recapito \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma