

**Progetto Home Care Premium 2014 Attuazione 2015**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di : \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SE / OVVERO PER**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ ( )

Via \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**L'attivazione del Progetto Home Care Premium.**

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 ( Codice in materia di protezione dei dati personali ), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Si allegano alla presente:

- Copia del documento d'identità
- Copia DSU
- Copia certificazione L.104/92 e/0 certificazione DSA ex L. 170/2010 ( solo per i minori )

Olbia li \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_

Autenticazione di sottoscrizione

La sottoscrizione è stata apposta in presenza del funzionario del \_\_\_\_\_, previo accertamento della persona che sottoscrive ai sensi del DPR 445/2000

