

Il sottoscritto

Nato a il

Codice fiscale Sesso: M F

Cittadinanza Figli: Femmine n° Maschi n°

Stato Civile Celibe/Nubile Coniugato/a con

Unito/a Civilmente con

Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Residente dal a CAP

In Via n.

Vive con: Coniuge/Convivente Coniuge/Figli Figli Parenti Badante Solo/a

Altro specificare

Attuale collocazione

Titolo di studio Precedente Occupazione

È seguito/a dal Servizio Sociale del Comune? Sì No

Se Sì, indicare di quale servizio usufruisce

Cognome e Nome Assistente Sociale

ATS di Residenza

Medico Curante Telefono

Usufruisce del servizio ADI? Sì No

Usufruisce di altri servizi? Sì No

Se Sì, quali?

Possiede una certificazione di Invalidità? Sì No Se sì allegare copia del verbale

In corso di ottenimento (data di presentazione della domanda

Se Sì, indicare percentuale di invalidità riconosciuta %

Percepisce l'assegno di accompagnamento? Sì No

No, Domanda presentata in data

Percepisce una pensione? Nessuna Anzianità/Vecchiaia Minima/Sociale

Reversibilità Altro

Importo netto complessivo mensile ca €

**CHIEDE GLI/LE VENGA ASSEGNATO IL SEGUENTE ALLOGGIO SITO IN VIA UGO
MULAS, 2 MILANO:**

BILOCALE PICCOLO USO SINGOLO

BILOCALE MEDIO USO SINGOLO

BILOCALE GRANDE USO SINGOLO

PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO*

*il primo nominativo verrà considerato il riferimento per la presente pratica

Grado Parentela	Nominativo	Via, Numero Civico, CAP, Città	Telefono	Email

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

ADS: Sì No Presentata Istanza di Nomina in Tribunale in data

Se Sì, Cognome e Nome

Tel Email

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data))

CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE

Piano Ascensore Sì No

Barriere Architettoniche Sì No Servizi Igienici Sì No

Abitazione Proprietà Uso Gratuito Affitto

Riscaldamento Centralizzato Autonomo Mancante

ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:

- 1) Fotocopia leggibile fronte retro di un documento di identità valido dell'utente;
- 2) Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria;
- 3) Fotocopia di eventuale verbale di invalidità;
- 4) Certificazione sanitaria su modulo allegato;
- 5) Fotocopia dell'eventuale Decreto di Nomina dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore

Consenso al trattamento di dati

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg UE 2016/679 e di aver preso atto dei diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Reg. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personale e categorie particolari di dati (ex dati sensibili), per le finalità e per la durata precisati nell'informativa con riferimento anche all'utilizzo e gestione dei dati della persona per cui si chiede l'inserimento in graduatoria.

Milano,

.....

Firma