

A tal fine

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario residente a in Via
.....
è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

ALLEGA alla presente:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione dei Centri di riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
3. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario.

AUTORIZZA

il Comune di al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento dell'intervento, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

.....

(Firma leggibile)