



Amministrazione destinataria

Comune di Ragusa

Ufficio destinatario

Ufficio test

Domanda di attivazione del servizio di accompagnamento nei cimiteri comunali

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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

di poter usufruire del servizio di accompagnamento, per motivi di invalidità fisica

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											
<input type="text"/>											

presso il cimitero di

Denominazione cimitero

- Ragusa Centro
 Ragusa Ibla
 Marina di Ragusa

Autovettura

Targa

Modello

Marca

<input type="text"/>	<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)

- fotografia in formato tessera
(da consegnare presso l'ufficio competente nel numero di tre fototessere per istanza relativa a un solo cimitero, quattro fototessere per istanza relativa a due cimiteri, sei fototessere per istanza relativa a tre cimiteri)
- copia del certificato medico
- 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.

Ragusa

Luogo

Data

il dichiarante