

## Al Comune di Palazzolo sull'Oglio

## Ufficio destinatario Ufficio politiche sociali per anziani e disabili

## Domanda di prenotazione appuntamento

| Il sottoscritto   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|---|----------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|-----|--|--|--|
| Cognome   |                |                    |                        | Nome                        | Codice Fiscale             | e                  |     |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| Data di nascita Sesso Luogo di nascit   |                | Luogo di nascita   |                        | Cittadinanza                | anza                       |                    |     |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| Residenza   |                | I                  | ı                      |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| Provincia   | Comune         |                    |                        | Indirizzo                   |                            | Civico             | CAP |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| Telefono fisso  |                | Telefono cellulare |                        | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certific | ronica certificata |     |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|   | CHIEDE         |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| la prenotazione di un appuntamento con l'ufficio servizi sociali in merito ai seguenti procedimenti |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| rettifica del punteggio per il riconoscimento d'invalidità  |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|   |                |                    | ll'anagrafe u          | tenza                       |                            |                    |     |  |  |  |
|   | oio dell'allog |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| attes   | tazione di a   | Illoggio so        | ciale                  |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| rinun   | cia all'asse   | gnazione           | dell'alloggio          |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| □ altro   | (specificare)  |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| in quanto   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|   |                | <u> </u>           | a del servizio o contr |                             |                            |                    |     |  |  |  |
| Eventuali annota  | azioni         |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |
|   |                |                    |                        |                             |                            |                    |     |  |  |  |

| Elenco degli allegati (barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)                                |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|
|  | copia del documento d'identità (da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale) |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  | altri allegati (specificare)  | ama toromanoa o co la imma auto | grana o appoota ar nome | s a am passince ameraic | ,                           |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
| 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) |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  | dichiaro di aver preso visione dell'<br>dell'Amministrazione destinataria,<br>dell'istanza.   | 'informativa relativa al        | trattamento dei d       | dati personali pu       | ubblicata sul sito internet |  |  |  |  |  |
|  | ,   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  |   |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |
|  | Palazzolo sull'Oglio  |                                 |                         |                         |                             |  |  |  |  |  |

Data

Il dichiarante

Luogo