Ufficio Servizi Sociali

# **Taviano**



### Città dei Fiori

#### (Lecce – Italy)

Comune di TAVIANO

**OGGETTO: Emergenza COVID-19- RICHIESTA SATURIMETRO**

**La presente domanda può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a TAVIANO, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di ricevere un saturimetro** per controllo medico - sanitario

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dagli art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

**DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_\_ persone e che, pertanto, oltre al dichiarante, vi sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Parentela*** | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***Luogo di nascita*** | ***Data di nascita*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**-che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato la medesima istanza**

**- che, come risulta dal certificato medico allegato, la dichiarante soffre di patologia che necessita di controllo dell’ossigeno**

**CHE**

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì:

* di essere a conoscenza che il Comune di Taviano si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati
* di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13-14 GDPR n. 679/2016 e della normativa nazionale, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l’impossibilità da parte dell’Ente di dar corso alla domanda.

Taviano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allega:*

*copia documento d’identità in corso di validità*

*certificato del medico di base attestante la patologia*