



Amministrazione destinataria
Comune di San Donà di Piave

Ufficio destinatario
Ufficio Servizi Socio Sanitari Integrati

Comunicare il termine dell'ospitalità temporanea

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
assegnatario dell'alloggio ERP											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice ut.					Codice unità immobiliare						

ai sensi dell'articolo 40 della Legge regionale n. 39/2017 e dell'articolo 17 del relativo Regolamento,

COMUNICA

che le persone indicate di seguito non sono più ospitate nell'alloggio e chiede che non venga più addebitata la relativa indennità a carico dell'assegnatario

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Data di variazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

San Donà di Piave		
Luogo	Data	Il dichiarante