

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Zelo Buon Persico</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio sociali, culturali, scolastici e sanità</p>	
---	---	--

## Domanda di attivazione del servizio semplificato della terapia TAO

<b>Il sottoscritto</b>					
Cognome		Nome	Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		
<b>Residenza</b>					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	SNC	CAP
				<input type="checkbox"/>	

### CHIEDE

l'attivazione del servizio semplificato della terapia TAO in una delle seguenti modalità

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | consegna della terapia direttamente al sottoscritto presso gli uffici di Via Roma 42   |
| <input type="radio"/> | ricevimento della terapia tramite email e prenotazione del successivo prelievo         |
| Indirizzo email       |  |
| <input type="radio"/> | consegna della terapia presso gli uffici di Via Roma 42 alle seguenti persone delegate |

<input type="checkbox"/> <b>prima persona</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

<input type="checkbox"/> <b>seconda persona</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

<input type="checkbox"/> <b>terza persona</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

<input type="checkbox"/> <b>quarta persona</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

<input type="checkbox"/> <b>quinta persona</b>		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di sollevare i dipendenti comunali da qualsiasi responsabilità riguardo la gestione della terapia e la relativa assunzione
- che sarà propria responsabilità accertarsi che la terapia consegnata corrisponda al sottoscritto

**Eventuali annotazioni**

<b>Elenco degli allegati</b> <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Zelo Buon Persico

Luogo	Data	Il dichiarante