



Associazione di Diritto Privato
Via Mantova, 1
00198 - Roma
C.F. 80021670585

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER SPESE DI
OSPITALITA' IN CASE DI RIPOSO O ISTITUTI DI RICOVERO PER ANZIANI,
MALATI CRONICI O LUNGODEGENTI
PERIODO COMPRESO TRA IL 1/1/2017 E IL 31/12/2017**

art. 51 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt _____ nat _____
il ____/____/____ a _____, (prov. ____),
codice fiscale _____, residente in _____,
(prov. ____),
Via _____, n. _____
c.a.p. _____, tel. _____, tel. cell. _____;

IN QUALITA' DI:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

- iscritto alla CNPADC;**
- titolare di pensione erogata dalla CNPADC;**
- coniuge superstite titolare di pensione indiretta/reversibilit  dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. _____), codice fiscale _____;
- familiare legato da vincolo di coniugio e/o di parentela in linea retta di primo grado risultante dallo stato di famiglia dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. _____), codice fiscale _____;
- fratello/sorella risultante dallo stato di famiglia dell'iscritto alla CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. _____), codice fiscale _____;
- tutore o curatore dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. _____), codice fiscale _____;

CHIEDE

(la domanda completa di tutta la documentazione deve essere presentata, a pena di inammissibilit , in data non antecedente all'approvazione del bando di concorso da parte del Consiglio di Amministrazione e comunque entro il termine del 15/03/2018)

- copia della certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art.4 della Legge del 5 febbraio 1992, n.104 (**obbligatoria se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti**);
- copia nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno (**se ricorre l'ipotesi**).

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt____, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata, ai sensi dell'art. 13 del medesimo Decreto, sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei dati dichiarati nella presente domanda, ed in particolare dei dati considerati sensibili ai sensi dell'art. 4, lettera d), del Decreto Legislativo n.196/2003, da parte della CNPADC e dei terzi ai quali la stessa li comunicherà per la gestione e corretta esecuzione della presente domanda e per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dallo Statuto della CNPADC medesima.

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1 – 00198 o con consegna diretta all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1.

Tutte le comunicazioni relative alla presente domanda verranno inviate alla casella di posta elettronica certificata (PEC) dell'iscritto/pensionato se precedentemente comunicata e autorizzata (è possibile fornire l'indirizzo PEC accedendo nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it) in mancanza di PEC verrà inviata una Raccomandata A.R. all'indirizzo dell'iscritto/pensionato.

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'iscritto/pensionato, le comunicazioni relative alla presente domanda saranno inviate tramite Raccomandata A.R. all'indirizzo indicato nel presente modulo.