

**Amministrazione destinataria**

Comune di Broni

**Ufficio destinatario**

Ufficio comunicazione

## Domanda di rettifica del punteggio attribuito in graduatoria provvisoria per il riconoscimento dell'invalidità civile

*Ai sensi dell'articolo 12, comma 7 del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4*

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza             |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/>     |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Interno                       | Scala                    |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Piano                         | SNC                      |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      | CAP                           |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                          |

**in riferimento alla domanda di assegnazione di un alloggio presentata o aggiornata relativa al bando**

|                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|
| Anno del bando       | Posizione all'interno della graduatoria provvisoria | Valore ISBAR         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                | <input type="text"/> |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

la rettifica del punteggio per il riconoscimento dell'invalidità civile

- del richiedente
- del seguente componente del nucleo familiare

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Grado di parentela   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Invalidità riconosciuta**

- 100% o handicap grave con accompagnamento
- 100% o handicap grave senza accompagnamento
- dal 66% al 99%

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 veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- che il procedimento amministrativo di riconoscimento dell'invalidità civile è stato avviato prima della scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione al bando.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

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

- copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità
- copia del documento d'identità del dichiarante  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### 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)*

- 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.

Broni

Luogo

Data

il dichiarante