

Allegato D: MODULO DI ACCETTAZIONE DELLA SEDE ASSEGNATA

Alla REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare

Servizio Assistenza Territoriale

Viale A. Moro, 21 – 40127 Bologna

assistentaterritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.it

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

e

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ Prov. ____

Indirizzo di residenza _____

Documento d'identità valido _____ n. _____

(da allegare in copia obbligatoriamente)

Dichiaro\dichiariamo di accettare l'assegnazione della sede consapevole\i della decadenza della stessa in caso di accertamento di sopravvenuta nuova titolarità di altra sede da parte anche di uno solo dei co-assignatari.

Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003, i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il presente procedimento e non saranno oggetto di comunicazione o diffusione. Il titolare del trattamento è la Regione Emilia-Romagna.

Consapevole delle sanzioni penali previste dal **D.P.R. 445/2000** (articoli 46,47,75 e 76) **confermo che quanto ho dichiarato è vero.**

Data _____ Firma del richiedente _____

Data _____ Firma del richiedente _____