

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-assegnatari.

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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_