

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Comune di Adria</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Servizi Socio Assistenziali</p>	
--	---	--

## Domanda di frequenza al servizio DSA

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

**CHIEDE**

l'iscrizione al servizio DSA

per il proprio figlio					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
a partire dal					
Data inizio decorrenza					

**SI IMPEGNA**

a pagare la retta mensile entro il giorno 10 del mese successivo alla frequenza

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	copia del documento d'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 dell'istanza.
--------------------------	---

Adria			
Luogo	Data	Il dichiarante	L'ulteriore genitore, tutore o affidatario